

MINISTERE DE LA SANTE

Secrétariat Général

**Direction Générale de
la Santé Publique**

**Direction de la Santé
de la Famille**

**Unité d'Enseignement
et de Recherche
en Démographie**

Mwangaza

**Population Council
Africa OR/TA II**

**LABORATOIRE DE SANTE COMMUNAUTAIRE,
BAZEGA**

**EVALUATION DE LA QUALITE DES SERVICES DE SANTE DE LA REPRODUCTION
DANS LES ZONES DU LABORATOIRE DE SANTE COMMUNAUTAIRE, BAZEGA,
BURKINA FASO :**

RESULTATS D'UNE ETUDE D'ANALYSE SITUATIONNELLE

SERIE DOCUMENTAIRE N° 19

**OUAGADOUGOU
BURKINA FASO
JUN 1998**

SOMMAIRE

RESUME	iv
EXECUTIVE SUMMARY	vi
I. INTRODUCTION	1
A. Contexte et justification de l'étude	
B. Objectifs de l'étude	
1. Objectif général	
2. Objectifs spécifiques	
II. METHODOLOGIE DE L'ETUDE	2
A. Concept de l'analyse situationnelle	
B. Echantillonnage	
1. La zone de l'étude et les FS	
2. Le personnel des formations sanitaires	
3. Les clientes fréquentant les FS	
C. Collecte des données	
1. Techniques de collecte des données	
2. Les instruments de collecte des données	
D. Préparation et conduite de l'enquête sur le terrain	
1. Préparation de l'enquête	
1.1 L'élaboration et l'adoption des instruments de collecte des données	
1.2 La formation des superviseurs et des enquêteurs	
1.3 Constitution des équipes et répartition des zones de travail	
2. Organisation pratique sur le terrain et supervision	
2.1 Au niveau des formations sanitaires	
2.2 Le protocole d'enquête	
2.3 Supervision des enquêtes sur le terrain	
E. Traitement et analyse des données	
III. RESULTATS	7
A. Description générale de l'échantillon	
1. Type de formations sanitaires visitées	
2. Profil des prestataires de services	
3. Profil des clientes SMI/PF	
4. Connaissances, attitudes et pratiques des clientes SMI en matière de PF	
B. Capacité fonctionnelle	
1. Infrastructure, commodités et équipement	
1.1 Infrastructure	
1.2 Equipement	
2. Personnel	
2.1 Formation et expérience du personnel	
3. Matériel et activités IEC	
4. Gestion des stocks de contraceptifs	
4.1 Disponibilité des méthodes contraceptives modernes	
4.2 Système de gestion des contraceptifs	
5. Gestion et supervision des activités	
5.1 Gestion	
5.2 Supervision	
6. Archives et rapports	
C. Qualité des services	

1. Le choix des méthodes contraceptives
 2. Echanges d'informations/informations données aux clientes
 - 2.1 Informations données aux clientes
 - 2.2 Type de matériel IEC utilisé lors des consultations
 3. Compétence technique des prestataires
 - 3.1 La qualité de l'interrogatoire : antécédents et intentions de la cliente
 - 3.2 Répartition des prestataires selon le conseil qu'ils donneraient aux femmes allaitantes souhaitant utiliser une méthode contraceptive
 - 3.3 Examen pelvien
 - 3.4 Barrières médicales
 4. Relations interpersonnelles
 - 4.1 Temps d'attente et durée de la consultation
 - 4.2 Intérêt des prestataires pour d'autres problèmes de santé de la cliente
 - 4.3 Satisfaction des clientes
 5. Mécanisme pour encourager la continuité et le suivi
 6. Organisation des services
 - 6.1 Disponibilité des services
 - 6.2 Activités IEC
 - 6.3 Diffusion des messages sur la PF
- D. Autres questions relatives à la SR
1. Excision
 - 1.1 Prévalence
 - 1.2 Connaissances, attitudes et pratiques des clientes en matière d'excision
 - 1.3 Activités en matière de lutte contre la pratique de l'excision selon les prestataires
 2. Demande de soins post abortum et expériences des clientes
 - 2.1 Appréciation de l'ampleur de la demande des services de soins post abortum selon les prestataires
 - 2.2 Expériences des clientes en matière d'avortement
 3. MST/SIDA
 - 3.1 Disponibilité d'un laboratoire pour le dépistage des MST
 - 3.2 Disponibilité du matériel IEC évoquant les MST/SIDA et les produits pour le traitement
 - 3.3 Connaissance et compétence des prestataires en matière de MST/SIDA
 - 3.4 Attitudes et pratiques des prestataires en matière de MST/SIDA
 - 3.5 Connaissances et attitudes des clientes en matière de MST/SIDA
 4. Maternité sans risques et survie de l'enfant
 - 4.1 Disponibilité d'oligo-éléments et de matériel IEC
 - 4.2 Allaitement maternel
 - 4.3 Vaccination
 - 4.4 Compétences des prestataires pour les consultations prénatales et la diarrhée

IV. RECOMMANDATIONS OPERATIONNELLES 34

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Structure de l'expérience de prestations de services du Bazèga
Tableau 2	Echantillon selon les zones du LSC
Tableau 3	Instruments de collectes des données et indicateurs
Tableau 4	Répartition des clientes SMI selon la méthode connue et mentionnée spontanément par zone
Tableau 5	Pourcentage de FS où le matériel essentiel pour les prestations de services sont disponibles par zone
Tableau 6	Pourcentage de prestataires ayant reçu une formation formelle en SR par domaine et zone
Tableau 7	Répartition des prestataires ayant fourni des services de PF au cours des trois derniers mois
Tableau 8	Disponibilité du matériel IEC/PF
Tableau 9	Disponibilité du matériel IEC/SMI
Tableau 10	Répartition des FS selon la rupture de stock (parmi les FS qui offrent la méthode) au cours des 6 derniers mois et par zone
Tableau 11	Répartition des prestataires selon le test préalable jugé nécessaire à la prescription d'une méthode
Tableau 12	Répartition des prestataires selon les types de restrictions
Tableau 13	Disponibilité des services par nombre de jour par semaine et par zone
Tableau 14	Attitudes des prestataires devant un client suspect de SIDA
Tableau 15	Gestes posés par les prestataires pendant les consultations prénatales
Tableau 16	Produits prescrits par les prestataires aux femmes enceintes après les premières consultations prénatales
Tableau 17	Questions abordées par les prestataires pendant les consultations pour diarrhée
Tableau 18	Gestes effectués par les prestataires pendant les consultations pour diarrhée

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1	Caractéristiques des infrastructures dans les formations sanitaires visitées par zone
Graphique 2	Caractéristiques des lieux d'examen dans les formations sanitaires visitées par zone
Graphique 3	Caractéristiques du système de gestion dans les FS visitées et par zone
Graphique 4	Répartition des FS selon l'existence de documents de gestion par zone
Graphique 5	Répartition des FS selon le nombre de visites de supervisions reçues
Graphique 6	Répartition des prestataires selon l'attitude face à une cliente allaitante désirant une contraception
Graphique 7	Intention d'excision ou non des filles à l'avenir parmi les clientes SMI
Graphique 8	Complications liées à l'excision et rencontrées par les prestataires
Graphique 9	Types d'excision fréquemment rencontrées selon les prestataires
Graphique 10	Raisons de grossesses non désirées selon les clientes SMI ayant déjà eu une grossesse non désirée
Graphique 11	Questions posées par les prestataires aux clientes pour connaître leur statut sérologique
Graphique 12	Attitudes des prestataires devant un client suspect de MST autre que le SIDA
Graphique 13	Connaissances des moyens de prévention du SIDA selon les clientes de PF et de SMI
Graphique 14	Modes de transmission du SIDA cités par les clientes SMI et PF
Graphique 15	Disponibilité des vaccins dans les FS
Graphique 16	Geste du personnel de santé lors des consultations SMI sur diarrhée

RESUME

Introduction : Cette étude d'Analyse Situationnelle (AS) entre dans le cadre des activités du Laboratoire de Santé Communautaire (LSC), comme suite logique du renforcement des formations sanitaires et de la formation du personnel dans deux cellules de l'intervention d'une étude de la recherche opérationnelle, les zones A et B.

Objectifs : Elle poursuit les objectifs suivants : i) *évaluer la qualité des services et la capacité fonctionnelle des formations sanitaires dans la zone du LSC.* ; ii) *développer des indicateurs de progrès du programme d'intervention en matière de la santé de la reproduction du LSC* ; iii) *fournir des données utiles pour l'évaluation du programme d'intervention.*

Méthodologie : L'étude a concerné 21 formations sanitaires (FS) relevant de la zone du Laboratoire de Santé Communautaire. La méthodologie adoptée est celle de l'Analyse Situationnelle consistant en : i) la description du fonctionnement et la qualité des activités dans le domaine de la santé et de la planification familiale dans les 21 FS du LSC; ii) l'analyse des rapports entre le fonctionnement des sous-systèmes et la qualité des services offerts ou reçus ; enfin, iii) l'évaluation de l'impact de la qualité des prestations de services en terme de satisfaction du client. Cependant la particularité de cette AS est que l'équipe de recherche a passé cinq jours par FS et les questions abordées ont non seulement porté sur la planification familiale mais aussi sur d'autres aspects relatifs à la santé de la reproduction tels que la survie de l'enfant, les MST/SIDA, les avortements, et l'excision.

Résultats clés : Les résultats obtenus indiquent une bonne connaissance des méthodes contraceptives modernes de la part des clientes. Environ 92% des clientes SMI/PF peuvent citer spontanément une méthode contraceptive moderne. Cependant le taux d'utilisation parmi les clientes SMI reste faible, 3% parmi 326 clientes.

Les caractéristiques des lieux d'examen restent satisfaisantes dans l'ensemble mais il y a un manque général d'équipement, surtout pour ce qui concerne les spécula et le matériel IEC. Les méthodes contraceptives modernes sont disponibles dans les FS en fonction du type et selon les normes en vigueur au Burkina Faso. Cependant, il faut noter que parfois la gamme complète n'est pas toujours disponible. En effet, certaines FS ne disposent pas de condoms et de spermicides.

Pour ce qui concerne les prestataires, en dehors de ceux de la zone A et B, on note une lacune dans le domaine de la formation en matière de SR en général et plus particulièrement dans le domaine de la PF et des MST/SIDA. On note un besoin ressenti pour la formation/recyclage en matière de MST/SIDA dans presque toutes les zones. Pendant les prestations, les prestataires n'utilisent pas de matériel IEC pour appuyer les informations échangées avec les clientes. Aucune formation sanitaire ne dispose d'échantillon de contraceptifs spécifiquement pour les démonstrations.

Les gestes usuels et pertinents en matière de survie de l'enfant ne sont pas toujours posés pendant les consultations. En effet, seulement 23% des prestataires s'intéresse au statut vaccinal de l'enfant lors des consultations pour diarrhée; dans le même ordre d'idée, l'appréciation du pli cutané qui est un geste

systematique en cas de diarrhée est recherché par la moitié des prestataires.

Le personnel des FS ne bénéficie pas de visites de supervision ; en effet, dans l'ensemble des quatre zones de l'étude, 71% des FS n'ont bénéficié d'aucune visite de supervision durant les six derniers mois.

L'observation de l'interaction cliente/prestataire montre que la gamme complète des méthodes contraceptives n'est pas toujours présentée aux nouvelles clientes; en effet, les pilules combinées, les injectables et les DIU sont les méthodes les plus souvent mentionnées respectivement et les autres méthodes semblent être négligées.

L'information donnée aux nouvelles clientes voulant utilisant une méthode contraceptive a porté essentiellement sur le mode d'utilisation ; les autres informations sur les avantages, les effets secondaires, la possibilité de changer de méthodes sont occultées. De plus, le matériel IEC n'est pas utilisé pour aider à la fixation et à l'assimilation de l'information par la cliente.

Les clientes sont satisfaites du temps d'attente, du langage utilisé pour passer le message et de l'information reçue et ce, à 96%. Presque toutes les clientes (11/12) ont reçu une information sur la date de la prochaine visite.

Conclusion : Cette étude a permis d'obtenir des données qui serviront à améliorer les prestations de services; elle a fourni aussi des indicateurs qui serviront au monitoring de l'intervention dans les zones, A et B. Ces indicateurs devraient être suivis régulièrement pour maintenir un niveau de qualité acceptable dans les zones d'intervention.

EXECUTIVE SUMMARY

Introduction: This Situation Analysis (SA) study was undertaken as part of a larger Operations Research (OR) project being implemented by the *Laboratoire de Santé Communautaire (LSC)* in Bazèga, a rural province of Burkina Faso. The OR study has a control and comparison cell, zone C and zone D, and two experimental cells, zone A and zone B, in which interventions included the strengthening of service delivery points (SDPs) by training providers and providing basic medical equipment.

Objectives: The objectives of this SA study are to i) evaluate the quality of services and functional capacity of service delivery points in the area covered by the *Laboratoire de Santé Communautaire*; ii) develop indicators to evaluate the progress of the interventions undertaken by the LSC; and iii) provide baseline data for evaluating the interventions.

Methodology: The study included all 21 SDPs located in the LSC study area and used the standard Situation Analysis methodology consisting of: i) a description of the functioning and quality of family planning activities; ii) an analysis of the relationship between the functioning of sub-systems and the quality of services offered and received; and iii) an evaluation of the impact of quality of services on client satisfaction and contraceptive use. Unlike most SA studies where researchers spend a day at each SDP, the research team spent five days at each SDP to increase the number of provider/client interactions observed. In addition to looking at family planning services, other reproductive health issues were studied such as child survival, STIs/HIV/AIDs, abortion complications, and female genital mutilation.

Key Results: The majority of clients were familiar with modern contraceptive methods. Ninety-two percent of MCH/FP clients could cite at least one modern method unprompted. However, contraceptive use among MCH clients was low—3% of the 326 MCH clients had ever used a modern method.

In terms of infrastructure, the examination areas were generally found to be adequate but a lack of equipment was noted, particularly in terms of specula and IEC materials. None of the SDPs had contraceptive samples with which to do demonstrations for clients. Methods were available depending on the type of SDP, with the Medical Centers providing the largest range of methods. Condoms were not available in 6 out of the 21 SDPs.

Providers outside of zones A and B, lacked training in reproductive health issues in general, and more specifically in family planning and STIs/HIV/AIDs. Providers in both the experimental and control zones did not tend to use IEC materials to reinforce the client-provider exchange.

Relevant questions on child survival were not asked during the majority of consultations. Only 23% of the providers asked questions on a child's vaccination history during a consultation for diarrhea. Similarly only half of the providers checked for dehydration which should be done systematically for cases of diarrhea.

Supervisory visits were rare in all of the zones—71% of the SDPs had not received a supervisory visit in the 6 months prior to the survey.

Observations of the client/provider interactions showed that new clients generally did not receive information on the full range of contraceptive methods; combined pills, injectables and IUDs were the most often mentioned, with barrier methods frequently neglected. Most of the information given to new clients on contraceptives described how to use the method, with few providers discussing advantages and disadvantages or side effects. In addition, IEC materials were rarely used to reinforce the providers instructions on contraceptive use. However, clients interviewed were generally satisfied with the amount of time they waited, as well as the information they received.

Conclusion: This study provides a basic assessment of service delivery in the LSC study area and identifies areas requiring further strengthening. By providing sub-system functioning and quality indicators, it will allow the LSC to effectively monitor the interventions underway in zones A and B, thus maintaining an acceptable level of quality in the experimental zones.

I. INTRODUCTION

A. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE

Le Ministère de la Santé, à travers la Direction de la Santé de la Famille, l'Université de Ouagadougou, à travers l'Unité d'Enseignement et de Recherche en Démographie (UERD) et le Projet RO/TA II du Population Council, ont entrepris la mise en place d'un Laboratoire de Santé Communautaire (LSC) dans la province du Bazèga. C'est un programme qui vise à tester des stratégies innovatrices pérennes et culturellement acceptables en matière de santé de la reproduction (SR). La zone couverte comprend les provinces du Bazèga et du Zoundwéogo. Un programme de services à base communautaire (SBC) avec des volets relatifs à la SR tels que l'excision et la lutte contre les MST/SIDA y est en cours.

C'est une recherche quasi-expérimentale qui couvre quatre zones: *i) la zone A dans le district de Kombissiri; ii) la zone B dans le district de Saponé; iii) la zone C dans le district de Manga et; iv) la zone D dans le district de Saponé*, comme l'indique le tableau suivant :

Tableau 1: Structure de l'expérience de prestations de services du Bazèga

ZONES	DESCRIPTIONS	
Zones expérimentales	Zone A (6 formations sanitaires) Prestations des services habituels du Ministère de la santé + amélioration des dispensaires / formation du personnel	Zone B (7 formations sanitaires) Prestation des services habituels du Ministère de la santé + amélioration du dispensaire /formation du personnel + agents de distribution à base communautaires
Zone de contrôle	Zone C (2 formations sanitaires) Prestations des services habituels du Ministère de la santé	
Zone de comparaison	Zone D (6 formations sanitaires) Programme de prestation de services Save the Children/USA ou Fondation pour le développement communautaire (FDC) Prestations de services habituels de santé sans amélioration de la formation sanitaire ni formation du personnel mais avec des animateurs de la FDC offrant des services de PF	

Dans la zone B, des agents de distribution à base communautaire (DBC) offrent à la population de leurs villages respectifs un paquet de services incluant les services de PF (IEC et offre de méthodes contraceptives), des services IEC sur les MST/SIDA et l'excision. Le personnel de santé dans les zones A et B a reçu une formation sur les aspects suivants: *i) la technologie contraceptive; ii) la supervision; iii) la prise en charge des MST; iv) la prise en charge des cas de diarrhée; v) la prise en charge des cas de paludisme; vi) l'IEC*. Les FS sanitaires des zones A et B ont été aussi équipées en matériel technique et le personnel de santé formé en technologie contraceptive, IEC, lutte contre les maladies diarrhéiques et paludisme, lutte contre la pratique de l'excision et en gestion de services à base communautaire. Les zones C et D continuent d'offrir des services usuels.

Une étude d'Analyse Situationnelle a été menée en 1995 et a touché un certain nombre de formations

sanitaires de la zone du LSC. L'étude que nous nous proposons de mener évaluera la qualité des services et les données seront comparées à celles de l'AS de 1995 qui s'est déroulée juste avant l'intervention du LSC. Cette étude fournira des données de base qui serviront à l'évaluation du projet et qui permettront de maximiser la qualité des services et de réorienter le programme. Ces données permettront également aux partenaires de la SR d'obtenir des données de base pour la mise en œuvre ou la réorientation de leur programme dans les districts concernés.

B. OBJECTIFS DE L'ETUDE

1. Objectif général

L'objectif général de cette étude est de contribuer à l'amélioration de la qualité des services de santé de la reproduction au Burkina Faso.

2. Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques visés par l'étude sont:

- *Evaluer la qualité des services et la capacité fonctionnelle des formations sanitaires dans la zone du LSC.*
- *Développer des indicateurs de progrès du programme d'intervention SR du LSC.*
- *Fournir des données utiles pour l'évaluation du programme d'intervention.*

II. METHODOLOGIE DE L'ETUDE

La présente étude s'inspire de la méthodologie de l'Analyse Situationnelle (AS). Aussi est-il nécessaire de présenter la description de ce concept en prélude à celle de la méthode.

A. CONCEPT DE L'ANALYSE SITUATIONNELLE

L'Analyse Situationnelle est une approche de recherche opérationnelle servant à évaluer un programme, notamment celui de planification familiale; elle peut viser trois grands objectifs¹: a) décrire le fonctionnement et la qualité des activités dans le domaine de la santé et de la planification familiale sur un échantillon représentatif des formations sanitaires (FS) dans un contexte donné; b) analyser les rapports entre le fonctionnement des sous-systèmes et la qualité des services offerts ou reçus ; enfin, c) évaluer l'impact de la qualité des prestations de services en terme de satisfaction du client.

Dans chaque FS concernée par une AS, l'information est recueillie auprès des prestataires et porte sur certains indicateurs clés (logistique/approvisionnement, équipement, personnel, formation, supervision,

¹ Fisher, Andrew A. et al, 1992. *Standard protocol and guidelines for a family planning situation analysis study*. New York: Population Council.

information, éducation et communication (IEC), système d'archives et de tenue de registres) de chacun des sous-systèmes à travers trois questions essentielles : 1) Chaque sous-système est-il bien en place et à même d'offrir des services? ; 2) Si chaque sous-système est fonctionnel, les services offerts ou reçus sont-ils effectivement de qualité en se référant aux six facteurs de qualité des soins développés par Bruce-Jain,² à savoir: (i) *choix des méthodes de contraception* ; (ii) *informations données aux clientes* ; (iii) *compétence du prestataire* ; (iv) *relations interpersonnelles entre cliente et prestataire* ; (v) *continuité et suivi* ; (vi) *organisation des services* ; et 3) Enfin, si le système a été mis en place, est-il fonctionnel et permet-il de fournir régulièrement un large éventail de contraceptifs aux FS?

L'étude sur la qualité des services de SR se distingue de la classique AS à plusieurs égards: le nombre de jours passés par FS (cinq jours au lieu d'un seul) et l'addition de questions relatives à d'autres aspects de SR que la planification familiale tels que la survie de l'enfant, les MST/SIDA, les avortements, et l'excision.

B. ECHANTILLONNAGE

1. La zone de l'étude et les FS

La zone d'étude est celle du LSC (confère tableau 2). Toutes les formations sanitaires de la zone sont concernées par l'étude, soit un total de 21 FS parmi lesquelles trois (3) sont des centres médicaux; il s'agit d'un échantillonnage exhaustif. Les trois centres médicaux sont les FS de référence ; ils pourront par la suite être des cliniques modèles.

2. Le personnel des formations sanitaires

La configuration exacte de chaque FS et la (les) personne(s) désignée(s) à l'intérieur comme prestataire(s) de services ont été prises en compte lors de l'identification et du choix du personnel dans la collecte des données. Au niveau des FS, 43 prestataires de services ont été observés et interviewés. L'observation a concerné aussi bien l'interaction cliente de PF que cliente SMI et prestataire. Les nouvelles et les anciennes clientes ont été l'objet d'une interview de sortie ou de fin de consultation.

3. Les clientes fréquentant les FS

Pendant les visites aux FS un certain nombre de clientes, choisies de façon fortuite, a été interrogé. En cas de grande affluence, il a été pris au hasard un échantillon de clientes venues pour divers services en faisant des pas. Dans les FS moins importantes, sauf dans les centres médicaux, il a été possible d'interroger toutes les femmes venues les jours de la visite compte tenu de leur nombre réduit. L'interview a intéressé les femmes venues pour un service PF et celles venues pour des services de santé maternelle et infantile. Au total, 56 clientes de PF et 326 clientes de SMI ont pu être interviewées.

² See Bruce, Judith. 1990. "Fundamental elements of the quality of care: A simple framework." *Studies in Family Planning*, 21(2): 61-91. And Kumar, Sushil, Anrudh Jain and Judith Bruce. 1989. "Assessing the quality of family planning services in developing countries." *Programs Division Working Paper*, NE 2. New York: The Population Council.

Tableau 2 : Echantillon selon les zones du LSC

	Zone A	Zone B	Zone C	Zone D	Total
Formations sanitaires	1. Bonsrima 2. Gaongo 3. Toécé 4. Toudou 5. Zangogo 6. CM Kombissiri	1. Bassyam 2. Lougsi 3. Komsilga 4. Tintilou 5. Komki Ipala 6. Vipalgo 7. CM T. Dassouri	1. Béré 2. Bindé	1. Doulgou 2. Ipelcé 3. Rakaye 4. Sambin 5. Saponé marché 6. CM Saponé	
Total nombres de FS	6	7	2	6	21
Clientes de PF observées et interviewées	16	15	8	17	56
Clientes de SMI observées et interviewées	114	103	25	84	326
Prestataires interviewés	12	16	4	11	43

C. COLLECTE DES DONNEES

1. Techniques de collecte des données

Les techniques sont au nombre de quatre: a) l'inventaire des installations et équipements ; b) l'observation en situation réelle des interactions entre clientes/prestataires ; c) l'interview des prestataires de services de PF et des clientes SMI et PF; d) la revue documentaire visant notamment l'exploitation des rapports et la collecte de données statistiques.

2. Les instruments de collecte des données

Cinq instruments de collecte des données ont été utilisés pour collecter des informations permettant de décrire les trois aspects suivants du programme: la capacité fonctionnelle, la qualité des services et la performance des FS. Le tableau 3 présente les différents instruments qui ont été utilisés avec les indicateurs y afférents.

Tableau 3: Instruments de collecte des données et indicateurs

Instruments de collecte des données	Indicateurs
1. Interviews individuelles approfondies avec le personnel	i) <i>Fonctionnalité des services</i> ii) <i>Qualité des services</i>
2. Observation de la performance du personnel	i) <i>Fonctionnalité des services</i> ii) <i>Qualité des services</i>
3. Interviews des clientes	ii) <i>Qualité des services</i>
4. Inventaire du matériel et équipement au niveau de chaque FS	i) <i>Fonctionnalité des services</i> ii) <i>Qualité des services</i>
5. Fiches de dépouillement des statistiques.	ii) <i>Qualité des services</i>

D. PREPARATION ET CONDUITE DE L'ENQUETE SUR LE TERRAIN

1. Préparation de l'enquête

1.1. L'élaboration et l'adoption des instruments de collecte des données

Les questionnaires, les guides d'observation et de collecte de données statistiques ont été élaborés à partir d'instruments similaires conçus et proposés par le Population Council et ayant déjà été utilisés dans la sous-région, notamment au Burkina Faso, au Bénin, au Sénégal et au Zimbabwe. Ces questionnaires ont fait l'objet d'adaptation au contexte du LSC au cours d'un atelier de deux jours avec les membres de l'équipe technique du LSC et des personnes ressources.

1.2. La formation des superviseurs et des enquêteurs

Des spécialistes d'enquêtes en milieu de santé, ont été identifiés et formés pour la collecte des données. La formation a duré 10 jours et a porté sur: a) une étude du projet afin de mieux comprendre les objectifs visés ; b) un rappel sur la méthodologie et les exigences d'une enquête ; c) l'étude approfondie des questionnaires, leurs amendements et leur traduction en langue nationale (Mooré) ; c) le prétest des questionnaires en situation réelle dans quatre centres de santé maternelle et infantile de Ouagadougou ; d) la planification de l'enquête, la mobilisation des ressources et l'organisation matérielle de l'enquête. A l'issue de la formation, un agent de santé est responsabilisé comme superviseur de chaque équipe.

1.3. Constitution des équipes et répartition des zones de travail

Pour couvrir les sites d'enquête, quatre équipes de trois personnes chacune (deux prestataires de services de santé formés en SR/PF avec une expérience en matière d'AS et une personne spécialiste en sciences sociales) ont été constituées. Chaque équipe a couvert en moyenne cinq FS. Une répartition initiale des tâches affectait les rôles suivants aux membres de l'équipe en ce qui concerne l'administration des questionnaires: a) Superviseurs (médecin ou sage-femme): *i) inventaire du matériel et équipement ; b) Sage-femme/médecin : i) évaluation du guide d'observation ; ii) interview du personnel prestataire; c) spécialiste en sciences sociales : i) interview des clientes de PF ; ii) interview des clientes SMI.*

2. Organisation pratique sur le terrain et supervision

2.1. Au niveau des formations sanitaires

Dès l'arrivée de l'équipe d'enquête sur un site, une séance de travail est organisée avec le responsable de la FS pour l'organisation pratique du travail. Etant donné la faible fréquentation des services de santé en zone rurale, chaque équipe a passé cinq jours par formation sanitaire pour permettre de recruter un nombre important de clientes ; ce qui a amené la durée de la collecte des données à 43 jours.

2.2. Le protocole d'enquête

Le protocole d'enquête se résume en ces deux points essentiels : a) Vérification du remplissage des questionnaires : Il a été établi quatre niveaux de vérification des questionnaires qui sont la vérification par l'enquêteur lui-même, par une tierce personne de l'équipe, puis par le superviseur de l'équipe et enfin par les superviseurs centraux ; b) En fin de journée, l'équipe d'enquête réalisait régulièrement le protocole d'enquête qui consistait essentiellement en : i) *la comptabilisation des questionnaires administrés à l'aide d'une grille* ; ii) *la discussion et la résolution des difficultés rencontrées* ; iii) *l'extraction des données qualitatives et leur classement dans les chemises de synthèse*.

2.3. Supervision des enquêtes sur le terrain

La supervision était assurée par les membres de l'équipe technique du LSC. Dès la première semaine de terrain, une réunion de synthèse organisée avec toutes les équipes a permis de résoudre des problèmes d'ordre méthodologique et organisationnel. Par la suite, une visite était menée au moins une fois par semaine. La responsabilité du superviseur portait sur les points suivants : a) la mise en œuvre de la méthodologie ; b) la vérification et la collecte des questionnaires remplis ; c) la résolution des problèmes organisationnels, logistiques, matériels et moraux au sein des équipes.

E. TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES

La saisie et le traitement des données ont été effectués à Ouagadougou. Quatre agents de saisie ont été recrutés et formés pour la saisie des données avec le logiciel Epi Info. Les données ont ensuite fait l'objet d'une analyse ; des tableaux de fréquences des données quantitatives ont été élaborés et commentés avec l'apport additionnel de données qualitatives. Les deux types de données ont été intégrés pour la production du rapport.

III. RESULTATS

A. DESCRIPTION GENERALE DE L'ECHANTILLON

La présentation globale de l'échantillon est articulée autour de quatre points essentiels : a) le type de formation sanitaire ; b) le profil des prestataires de services ; c) le profil des clientes de SMI et de PF ; et d) les connaissances, attitudes et pratiques en matière de PF des clientes de SMI.

1. Type de formation sanitaire visitée

L'essentiel de l'échantillon des FS est constitué de dix-huit Centres de santé et de promotion sociale (CSPS) et de trois Centres médicaux (CM), notamment celui de Saponé, Tanghin-Dassouri et de Kombissiri.

2. Profil des prestataires de services

Un total de 43 prestataires a été interviewé et se répartit ainsi qu'il suit :

• Médecin	1
• Infirmiers (ères) Diplômés (es) d'Etat (IDE)	6
• Sages-Femmes/Maieuticiens	4
• Infirmiers (ères) Brevetés (es) (IB)	8
• Agents Itinérants de Santé (AIS)	3
• Accoucheuses Auxiliaires (AA)	14
• Matrones	4
• Autres personnels ³	3

L'âge moyen des prestataires de services est de 33 ans. Ils sont mariés sous le régime de la monogamie dans 72% des cas avec 16% de célibataires. Tous avaient au moins un enfant dont l'âge moyen est de 22 mois. Dans l'ensemble, 54% des prestataires désirent avoir davantage d'enfants. Le sexe féminin dominait en proportion, 60% contre 40% ; 74% d'entre eux utilisaient une méthode contraceptive moderne dont respectivement la pilule (31%), les injectables (21%), les méthodes naturelles (16%) et les préservatifs (16%). Il est étonnant de noter que 16% des prestataires utilisent les méthodes naturelles.

3. Profil des clientes SMI/PF

L'échantillon des clientes SMI/PF était constitué de femmes relativement jeunes. En effet, l'âge moyen était de 35 ans tant pour les clientes SMI que les clientes PF. On note que la majorité des clientes était mariée avec 96% et 94% respectivement pour les clientes SMI et PF. La répartition des clientes SMI et PF selon la religion est presque identique : 56% des clientes SMI et 50% des clientes PF étaient musulmanes, 32% des clientes sans distinction étaient des catholiques. Les protestantes représentent environ 10% des clientes SMI et PF ; l'animisme a tendance à s'amenuiser et moins de 7% des femmes

3 Il s'agit de deux bénévoles et d'un agent DBC qui prête main forte au personnel de santé au sein des FS.

interviewées étaient de cette religion.

Les clientes SMI avaient moins d'enfants que celles de PF, le nombre moyen était de trois (3) chez les clientes SMI et de 4 chez les clientes PF. Au moment de l'étude, 53% des clientes SMI et PF allaitaient au sein. Par ailleurs, 69% des clientes SMI et 66% des clientes PF désiraient, soit avoir leur premier enfant, soit avoir davantage d'enfants.

4. Connaissances, attitudes et pratiques des clientes SMI en matière de PF

Globalement plus de la moitié des clientes SMI, soit 71% affirment connaître et peuvent citer des moyens que peuvent utiliser les hommes et les femmes pour espacer ou éviter une grossesse –76% dans les zones expérimentales et 61% dans les zones de comparaison. Ce chiffre paraît moindre pour des femmes fréquentant des FS. Le personnel de santé devrait considérer toute occasion pour informer les clientes sur toutes les gammes de services disponibles. De l'ensemble des méthodes connues et citées par les clientes, la pilule vient largement en tête, suivie par les injectables et le DIU (tableau 4). Cependant en zone B, les connaissances sur la pilule, les condoms, les spermicides et les injectables sont plus importantes que dans les autres zones. Est-ce dû à l'intervention des agents de services à base communautaire?

Tableau 4 : Répartition des clientes SMI selon la méthode connue et mentionnée spontanément et par zone

Méthode	Global (n=227)	Zone A (n=83)	Zone B (n=81)	Zone C (n=15)	Zone D (n=48)
Pilule	92 %	88 %	98 %	80 %	94 %
Injectable	48 %	44 %	53 %	60 %	40 %
Condom	27 %	7 %	35 %	20 %	35 %
DIU	19 %	35 %	14 %	20 %	29 %
PFN	6 %	11 %	0 %	7 %	8 %
Spermicide	7 %	19 %	20 %	0 %	6 %
Norplant®	12 %	23 %	6 %	7 %	6 %
LT	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %
MAMA	0 %	0 %	0 %	0 %	2 %
Vasectomie	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %

Par ailleurs, l'interview des clientes SMI a révélé que 35 sur les 326, soit 11% avait déjà utilisé une méthode contraceptive. Ces clientes se répartissent en valeur absolue pour 16, 12, 4 et 3 respectivement dans les zones A, B, C et D. Parmi les méthodes déjà utilisées, la pilule vient en tête. Pour ce qui concerne l'utilisation actuelle, seulement 11 clientes sur 35 continuent de faire usage de méthodes modernes.

B. CAPACITE FONCTIONNELLE

L'analyse de la capacité fonctionnelle des formations sanitaires a été faite en fonction des aspects suivants : a) l'infrastructure et l'équipement ; b) la capacité des FS à offrir les services ; c) la disponibilité

du matériel IEC ; d) le système de gestion des contraceptifs ; e) le système de gestion et la supervision des activités de PF ; f) la disponibilité des archives et rapports.

1. Infrastructures, commodités et équipement

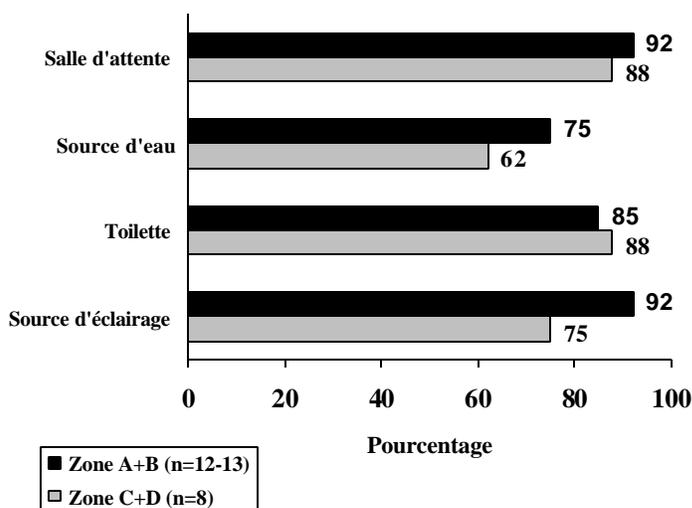
1.1. Infrastructure

Selon les normes et standards,⁴ les infrastructures jugées nécessaires au sein d'une FS se composent de l'existence d'une source d'eau fonctionnelle, de toilettes pour les clientes et le personnel, de salle d'attente et enfin de source d'éclairage. Etant donné la nature similaire des interventions dans la zone A et B, l'analyse des données a porté sur l'ensemble des FS de la zone A et B comparativement à l'ensemble des FS de la zone C et D où il n'y a pas eu d'intervention particulière au niveau des FS. Sur les 21 FS, les caractéristiques des infrastructures peuvent être jugées satisfaisantes surtout dans la zone A et B où la quasi-totalité des FS dispose des standards minimum (graphique 1).

Les caractéristiques des lieux d'examen peuvent influencer la fréquentation d'une FS. De ce fait, le prestataire devrait disposer d'un environnement pouvant mettre le client à l'aise. Les éléments

suivants sont alors considérés : a) la discrétion auditive et visuelle ; b) la propreté des lieux ; c) l'éclairage; d) la quantité d'eau disponible pour les prestations ; e) une bonne aération des lieux d'examen. Plus de la moitié des FS dispose du minimum nécessaire pour ce qui concerne les dispositions environnementales de prestation comme l'indique le graphique 2. Cependant on note une disparité des indicateurs entre les zones. Ainsi un effort devrait être fait dans le domaine de la propreté des salles d'examen, surtout pour éviter les infections nosocomiales. Une formation sur la prévention des infections devrait⁵ être préconisée.

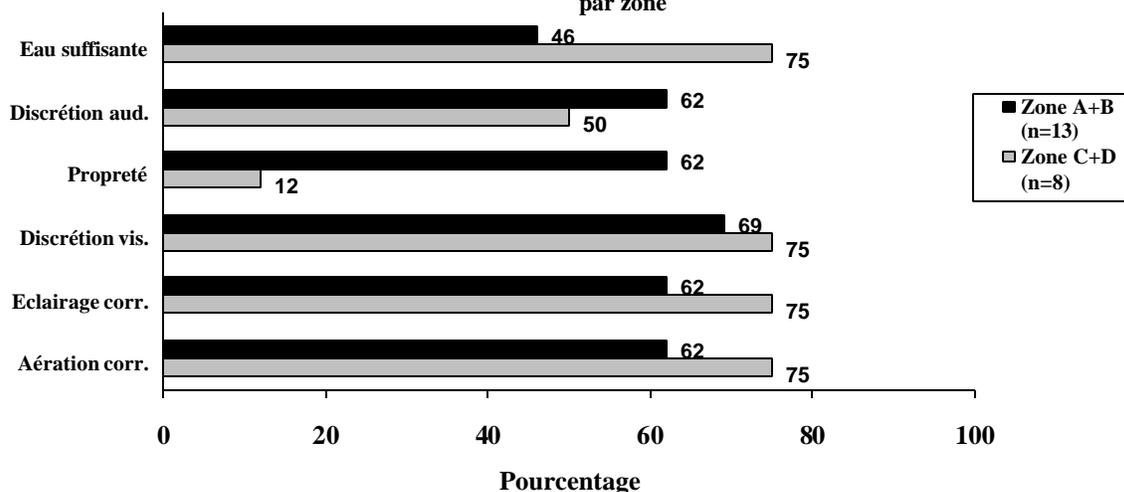
Graphique 1: Caractéristiques des infrastructures dans les formations sanitaires visitées par zones



4 Ministère de la Santé, *Normes et Standards des Services de Santé*, 1995.

5 Ministère de la Santé, Direction de la Santé de la Famille, Population Council, OR/TA II. *Deuxième Analyse Situationnelle du Programme de Planification Familiale au Burkina Faso*, Juillet 1996.

Graphique 2: Caractéristiques des lieux d'examen dans les formations sanitaires visitées par zone



1.2. Equipement

Un minimum de matériel technique requis influe sur la capacité fonctionnelle des FS. Ce minimum est défini dans les normes et standards du MS ; l'analyse de cet aspect est représentée dans le tableau 5. L'ensemble des 21 FS soit 100% possède un banc d'attente. Toutes les FS n'ont pas une table gynécologique bien individualisée ; souvent des constructions en ciment dans les salles d'accouchement font office de tables gynécologiques. Aucune des FS n'a un stérilisateur, la stérilisation se faisant grâce aux stérilisants chimiques comme l'eau de javel, les comprimés de formol. Les gants et les doigtiers font défaut. Dans le cadre de la prévention des infections, ceci demeure un problème. La zone de comparaison (C + D) semble la mieux nantie en équipement médical. Est-ce lié à une éventuelle interventions au niveau de ces FS non documentées ?

Tableau 5 : Pourcentage de FS où le matériel essentiel pour les prestation de services sont disponibles par zone

Matériel	Global (n=21)	Zone A +B (n=13)	Zone C+D (n=8)
Banc d'attente	100%	100%	100%
Stéthoscope médical	91%	85%	100%
Pèse personnes	95%	92%	100%
Tensiomètre	91%	85%	100%
Stérilisateurs	0%	0%	0%
Table gynécologique	76%	62%	100%
Armoire métallique	100%	100%	100%
Gants/doigtier (5+)	48%	62%	25%
Spéculum moyen (2+)	62%	62%	62%
Spéculum grand moyen (2+)	57%	46%	75%
Lampe orientable	0%	0%	0%

2. Personnel

2.1. Formation et expérience du personnel

a) Formation

Le personnel de santé interviewé a pour la majorité reçu une formation théorique ; cependant cette formation n'a pas été toujours suivie de pratique ; en effet, sur 43% des prestataires formés théoriquement en prescription de pilule, seulement 47% a déclaré que cette formation avait été accompagnée de pratique. Cette tendance se voit au niveau de chacune des zones et pour toutes les méthodes de contraception. Pour ce qui concerne les méthodes définitives comme la ligature des trompes, la vasectomie, aucun prestataire n'a eu l'occasion de faire la pratique. Les méthodes de longue durée comme le DIU et le Norplant® sont très peu offertes du fait du profil du personnel (AA, IB, AIS) qui exerce au niveau des FS : les normes et standards du Burkina Faso autorisent seulement la pose de DIU et du Norplant® par les sages-femmes, médecins et IDE.

La plupart de ceux qui sont formés l'ont été à l'Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP), c'est à dire pendant leur formation de base, ou au niveau provincial. Ces données suggèrent de revoir la stratégie de formation de base à l'ENSP.

Pour la plupart, les prestataires ont reçu une formation en PF clinique, en consultation prénatale et postnatale, soins aux femmes enceintes et accouchées dans plus de 90% des cas (tableau 6). Cependant seulement la moitié des prestataires et selon les zones concernées a reçu une formation en technique de counseling ou en MST/SIDA ou en logistique contraceptive ; les prestataires formés en prise en charge de la stérilité sont peu nombreux, 28%. Pour ce qui est des formations, tous les prestataires des zones A et B avaient reçu une formation en PF clinique, LMD, en MST/SIDA et en prise en charge des cas et complications d'excision dans le cadre de la mise en place du LSC, ce qui explique la prédominance des indicateurs de ces deux zones par rapport aux zones de comparaison. Cependant, l'inventaire du personnel a montré que trois personnes et cinq respectivement des zones A et B ont été affectées, ce qui explique la faiblesse de certains indicateurs au niveau des zones d'intervention. Cet état de fait exprime un besoin de formation/recyclage du personnel offrant des services de SR.

b) Expérience

La quasi-totalité du personnel offre des services de SR (PF, consultation prénatale et post natale, vaccination, surveillance pondérale, counseling nutrition de la mère et de l'enfant, LMD) dans presque 90% des cas. Cependant ce pourcentage est faible pour les aspects de prise en charge de la stérilité et des MST/SIDA (25%).

Les prestataires ont eu une expérience en PF variant de 1 à 5 ans pour la majeure partie d'entre eux (63%). Ceux qui totalisent moins d'une année d'expérience en matière de PF représentent 16%. Le nombre d'années maximal d'expérience en PF, représenté par un seul prestataire, est de 14 ans.

Tableau 6 : Pourcentage de prestataires ayant reçu une formation formelle en SR par domaine et zone

Formation	Global (n=43)	Zone A+B (n=28)	Zone C+D (n=15)
Consultation prénatale	98%	96%	100%
Accouchement	95%	96%	93%
Consultation postnatale	91%	89%	93%
Vaccination des enfants	95%	93%	100%
Surveillance Nutritionnelle Pondérale / Nutrition appliquée	93%	96%	87%
Consultation stérilité	28%	36%	13%
LMD (SRO)	93%	96%	87%
Prévention et prise en charge des complications d'avortement	77%	71%	87%
Counseling Nutrition mère	74%	86%	53%
Allaitement Maternel et Bonne Pratique du Sevrage	86%	93%	73%
Prise en charge de la malnutrition	81%	82%	80%
Counseling / IEC MST/VIH/SIDA	56%	68%	33%
Formation clinique en MST/VIH/SIDA	40%	36%	47%
Gestion en Logistique des contraceptifs	23%	28%	13%
Formation en technique de Counseling	23%	25%	20%
Formation en technique IEC	51%	54%	47%
Formation en PF clinique	60%	60%	60%

Des méthodes offertes par les prestataires au cours des trois derniers mois précédents l'étude, les pilules combinées, le DIU et les pilules progestatives sont mentionnés respectivement par 88%, 42% et 35% d'entre eux (tableau 7). Aucune méthode chirurgicale n'a été prescrite car non disponible pour le moment en milieu rural. La récente introduction des implants cutanés (Norplant®) par la formation et l'équipement des médecins chefs des districts sanitaires de Saponé et de Kombissiri pourrait expliquer la faiblesse de l'offre.

Tableau 7 : Répartition des prestataires ayant fourni des services de PF au cours des trois derniers mois

Méthodes	Global (n = 43)	Zone A+B (n = 28)	Zone C+D (n = 15)
Pilule combinée	88%	93%	80%
Pilule progestative	35%	43%	20%
DIU	42%	50%	27%
Condom	16%	21%	7%
Spermicide	14%	14%	13%
Injectable	35%	36%	33%
Norplant®	2%	4%	0%
Méthodes chirurgicales	0%	0%	0%
PF naturelle	2%	4%	0%
MAMA	2%	0%	7%

La comparaison des deux zones, comparaison et intervention, indique que les prestataires de la zone d'intervention sont les plus enclins à prescrire toutes les méthodes. Cela est peut-être lié à l'action des agents de services à base communautaire qui offrent des services IEC au sein de leur communauté et font des références au niveau des formations sanitaires.

3. Matériel et activités IEC

L'essentiel du matériel IEC/PF dont disposent les formations sanitaires se limite essentiellement aux affiches (62%), aux boîtes à images (57%) et aux échantillons de contraceptifs (19%) - tableau 8. L'analyse par zone révèle que les zones B et D sont les plus nanties en matériel IEC. Cependant, de façon générale, les FS manquent de matériel audiovisuel et de modèles anatomiques pour les démonstrations pendant les activités. De plus, même les échantillons de contraceptifs ne sont pas toujours disponibles spécifiquement pour les démonstrations. Les prestataires prélèvent souvent les échantillons de démonstration dans le lot de vente. L'IEC étant un soutien indispensable à l'amélioration de la qualité des services, il convient que ce matériel soit disponible au niveau des FS.

Tableau 8 : Disponibilité du matériel IEC/PF

Matériel IEC	Global (n=21)	Zone A+B (n=13)	Zone C+D (n=8)
Affiches	62%	54%	75%
Echantillon de contraceptifs	19%	15%	25%
Boîte à image	57%	46%	75%
Dépliant	10%	0%	25%
Brochures	24%	8%	50%
Modèle anatomique	14%	8%	25%
Matériel audiovisuel	0%	0%	0%

Le manque de matériel IEC concerne aussi bien la PF que la SMI. La comparaison des deux tableaux montrent qu'il y a beaucoup plus de FS disposant d'affiches sur la SMI que la PF, 81% contre 62%. Le même constat se retrouve sur les boîtes à images. L'analyse par zone montre qu'il y a une disparité de la disponibilité du matériel IEC relatif à la SMI. Les zones C et D semblent mieux nanties en matériel IEC/SMI. Ce matériel audiovisuel et les échantillons de farine de sevrage font également défaut dans toutes les FS.

Tableau 9 : Disponibilité du matériel IEC /SMI

Matériel IEC	Global (n=21)	Zone A +B (n=13)	Zone C+D (n=8)
Affiches	81%	70%	100%
Boîte à image	71%	70%	75%
Dépliant	5%	0%	12%
Brochures	14%	0%	38%
Modèle anatomique	14%	8%	25%
Echantillon de SRO	33%	31%	38%
Matériel audiovisuel	0%	0%	0%
Echantillon de farine de sevrage	0%	0%	0%

4. Gestion des stocks de contraceptifs

4.1. Disponibilité des méthodes contraceptives modernes

Au cours de l'étude, l'inventaire a montré que les injectables, les pilules combinées (100%) et progestatives (67%) sont disponibles à plus de 60% des cas. Seul le DIU qui est une méthode dispensée en fonction de la catégorie professionnelle, est offert dans une moindre proportion de FS, 21% des cas, lesquels représentent les centres médicaux.

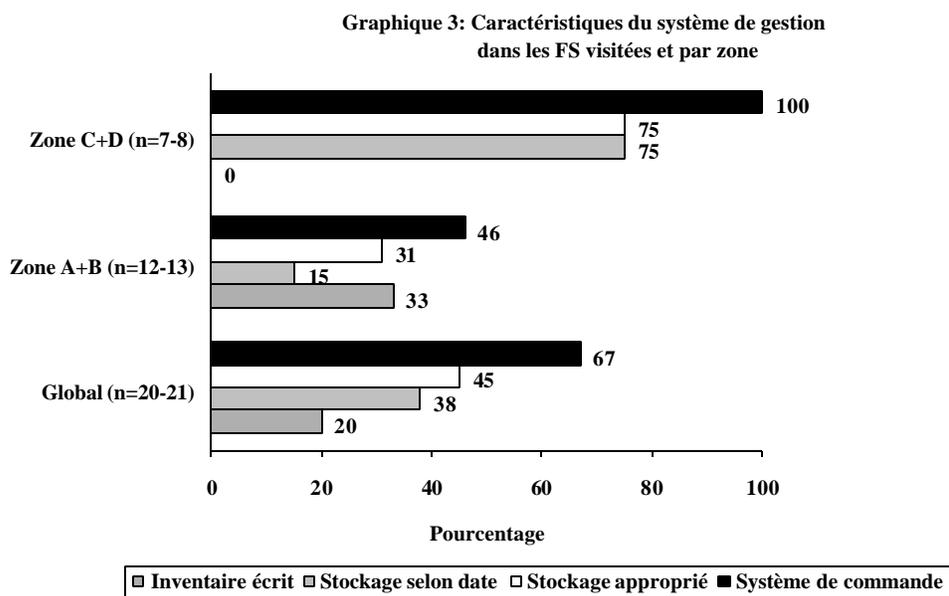
L'analyse par zone montre clairement que les deux zones d'intervention A et B sont celles qui possèdent les FS où les méthodes sont disponibles. En effet pour ce qui concerne la pilule combinée, progestative et les injectables, 13 FS sur 13 en disposent. Par contre dans les zones C et D, les méthodes font défaut et un effort devrait être fait pour les rendre disponibles.

Avec l'avènement du SIDA et des MST, le condom doit être disponible dans toutes les FS pour les clientes. Cependant, toutes les FS, que ce soit celles de la zone d'intervention ou de comparaison, n'en disposent pas.

4.2. Système de gestion des contraceptifs

Dans le cadre de cette étude, le système de gestion des contraceptifs se réfère à l'existence d'un inventaire écrit, l'appréciation des systèmes de commande et de stockage.

Au niveau de l'inventaire, les FS devraient disposer d'un inventaire écrit sur un registre ou une fiche de stock. Globalement, 20% d'entre elles en avaient mais aucune FS des zones C et D n'en possède, cependant ces deux dernières sont mieux organisées pour ce qui concerne le système de stockage et de commande. Dans cette étude, les conditions d'un bon stockage sont remplies si les produits sont stockés selon la date de péremption, à l'abri du soleil, de l'humidité et de la chaleur et enfin protégés des



animaux nuisibles comme les rats, les termites... Ici aussi, 38% des FS remplissent lesdites conditions. A propos du système d'approvisionnement, 71% ont un système de commande et la moitié d'entre elles ne possède pas de seuil d'alerte.

Dans l'ensemble, les systèmes de gestion des FS ne sont pas satisfaisants au regard des résultats ci-dessous (graphique 4). Ceci traduit un besoin de formation/recyclage en logistique contraceptive. Cependant force est de constater qu'il y a rarement des ruptures de stock des produits contraceptifs (tableau 10). Est-ce lié au fait que le Bazèga n'est pas loin de Ouagadougou, ce qui permet, en cas de rupture, d'aller en quelques heures s'approvisionner ?

Tableau 10 : Répartition des FS selon la rupture de stock (parmi les FS qui offrent la méthode) au cours des 6 derniers mois et par zone

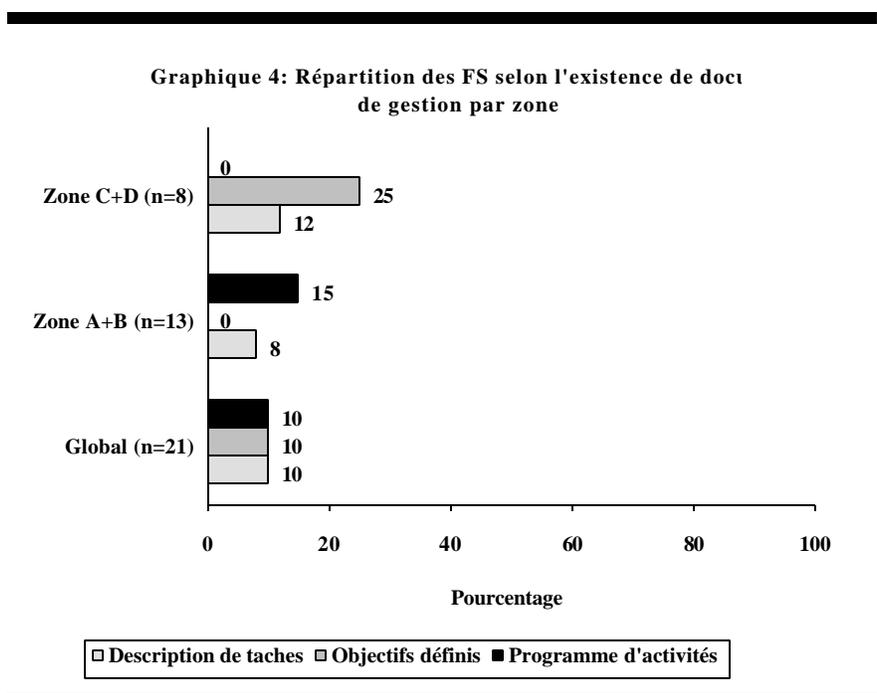
Méthode	Global	Zone A +B	Zone C+D
Pilule combinée	6/20 (30%)	4/13 (31%)	2/7 (28%)
Pilule progestative	2/14 (14%)	2/13 (15%)	0/1 (0%)
DIU	0/4 (0%)	0/2 (0%)	0/2 (0%)
Condom	2/12 (17%)	1/9 (11%)	1/3 (33%)
Spermicide	0/13 (0%)	0/11 (0%)	0/2 (0%)
Injectable	3/18 (17%)	0/13 (0%)	3/5 (60%)

5. Gestion et supervision des activités

5.1. Gestion

Pour apprécier la gestion et la supervision des activités, essentiellement trois indicateurs ont été retenus ; il s'agit de l'existence d'un programme d'activités avec un objectif quantitatif en terme de nombre de clients à couvrir, l'existence d'une description de poste pour le personnel et enfin l'existence d'un système de supervision interne des activités. Pour ce qui concerne le nombre de clients à couvrir comme objectif, 10% des FS avaient un tel objectif.

Quant à l'existence d'une description de poste pour le personnel, 5% ont déclaré en posséder sans pour autant pouvoir en donner la preuve. Au titre de l'existence d'un programme d'activités, 10%



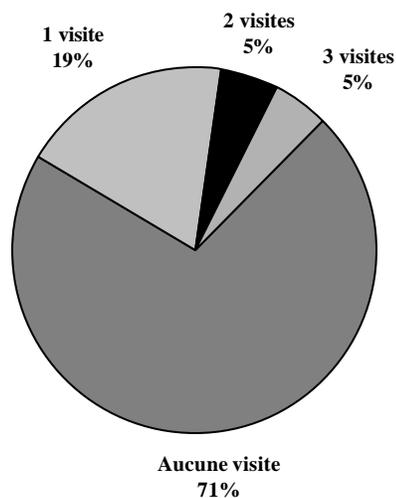
en possédaient avec une preuve à l'appui (graphique 4). C'est seulement dans les zones A et B que respectivement une (1) FS et deux (2) ont pu donner la preuve de l'existence d'un programme des activités.

L'appréciation globale de ce chapitre permet de noter que le système de gestion pêche par faiblesse et par conséquent, une formation/recyclage en la matière est une nécessité et ce, dans la mesure où cela est plus recommandé dans le cadre de l'opérationnalisation et de l'autonomisation des districts sanitaires.

5.2. Supervision

Avec le système de décentralisation des activités du Ministère de la Santé, la supervision se veut formative. Mais force est de reconnaître au regard des résultats ci-dessus mentionnés que cette activité n'est pas régulière. En effet, sur 21 FS visitées, 15 d'entre elles soit 71% n'ont bénéficié d'aucune visite de supervision depuis plus de six mois (graphique 5). La question fondamentale est de savoir comment motiver les Equipes Cadres de District à assurer la supervision régulière des FS de niveau opérationnel ?

Graphique 5: Répartition des FS selon le nombre de visites de supervision reçues (n=21)



6. Archives et rapports

Les archives et rapports permettent la documentation et le suivi des activités. Aussi, pour apprécier la qualité de cet aspect, il a été observé d'une part, s'il y a une fiche individuelle par cliente et d'autre part s'il existe un rapport d'activités mensuelles et un registre d'activités quotidiennes. Toutes les FS, exception faite de trois FS de la zone A, satisfont à ces trois indicateurs.

C. QUALITE DES SERVICES

Pour apprécier la qualité des services, les principaux éléments suivants ont été retenus : a) le choix des méthodes contraceptives ; b) les informations données aux clientes ; c) la compétence des prestataires ; d) les relations interpersonnelles ; e) le mécanisme pour encourager la continuité et le suivi des clients et ; f) l'organisation des services. Compte tenu de la faible fréquentation des FS des zones rurales, la présentation des résultats se fera surtout de façon globale. En effet, durant cinq jours passés dans

chacune des 21 FS, seulement 13 nouvelles clientes ont pu être observées parmi lesquelles deux ont refusé l'interview.

1. Le choix des méthodes contraceptives

Le choix d'une méthode est lié à sa disponibilité et bien sûr à son accessibilité géographique et financière. L'observation des consultations révèle que la contraception orale est de loin la méthode de choix; en effet, 6 clientes sur 11 soit 54% des nouvelles clientes ont porté leur choix sur la pilule combinée. Le choix des méthodes contraceptives reste étroit et se limite essentiellement à la pilule combinée, l'injectable avec 3/11 (27%). Une seule cliente observée a choisi le DIU. Aucune méthode non prescriptible, notamment condom et spermicide, n'a fait l'objet de prescription lors des interactions observées ; cela est peut-être lié à la faible fréquentation des FS. Huit clientes sur les 11 interviewées disent avoir reçu la méthode de leur choix. Parmi les 3 clientes qui n'ont pas reçu la méthode de leur choix parce que non disponible, une seule se dit déçue.

Au cours de la consultation, le prestataire doit présenter toute la gamme des méthodes offertes par le programme de PF du Burkina et préciser les méthodes disponibles au sein de la formation sanitaire. L'observation de l'interaction entre les nouvelles clientes et les prestataires montre que les pilules combinées sont le plus souvent mentionnées (69%), suivies des injectables (54%) et du DIU (46%); les autres méthodes semblent être négligées.

Cette situation peut s'expliquer par le manque de matériel pour les démonstrations systématiques, la non disponibilité des méthodes et enfin la compétence des prestataires. Lors des recyclages ultérieurs, un accent particulier devrait être porté sur cet aspect.

2. Echange d'informations / informations données aux clientes

2.1. Informations données aux clientes

Le respect du droit d'être informé exige que la cliente obtienne toutes les informations nécessaires sur la méthode choisie, ce qui concourt aussi à une bonne continuation de la méthode. De façon générale, l'observation révèle que seule l'information sur le mode d'utilisation est donnée aux clientes lors des consultations. Les autres informations, pourtant utiles pour une bonne observance de la contraception, sont occultées. Une cliente a eu à changer de méthode et, pour la nouvelle méthode, seul le mode d'utilisation lui a été mentionné. Les autres questions relatives aux avantages, aux effets secondaires, aux précautions en cas de problèmes, au calendrier de suivi ont été complètement omises.

2.2. Type de matériel IEC utilisé lors des consultations

L'utilisation du matériel IEC pendant les consultations est extrêmement importante en ce sens qu'elle permet le renforcement, la fixation et la qualité de l'information passée aux clientes. Lors des consultations, les prestataires n'ont utilisé aucun matériel IEC pour appuyer le counseling. Ces constats, de même que les révélations ci-dessous, rendent compte de l'extrême pauvreté des messages échangés durant l'interaction prestataire/cliente. L'inventaire du matériel IEC en a révélé une déficience, ce qui pourrait expliquer ces résultats pauvres. Cependant force est de reconnaître qu'il reste un effort à faire à

ce niveau, d'abord par l'équipement des FS en matériel IEC et ensuite par le recyclage des prestataires à l'utilisation adéquate de ce matériel.

3. Compétence technique des prestataires

Deux aspects essentiels à savoir la qualité technique de l'interrogatoire et de l'examen pelvien, ont été pris en considération pour étudier la compétence technique des prestataires.

3.1. La qualité de l'interrogatoire : antécédents et intentions de la cliente

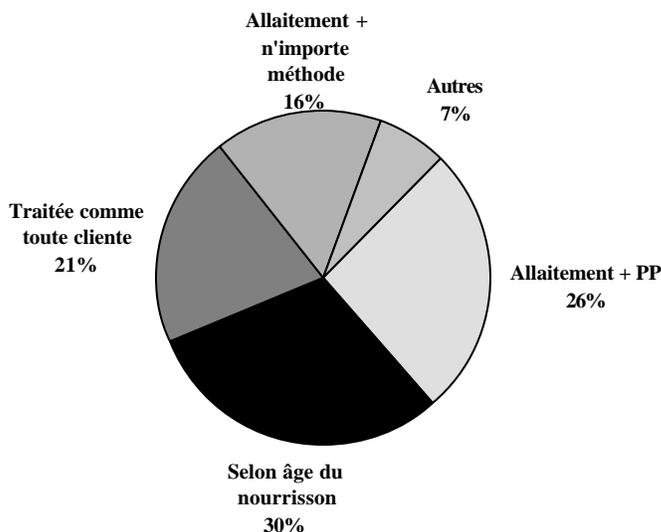
a) Chez les nouvelles clientes

Pour une nouvelle cliente, le prestataire devrait mener une bonne anamnèse pour mieux connaître les antécédents de la cliente ainsi que ses expériences antérieures en matière de santé de la reproduction. La majorité des prestataires ont axé leurs questions sur le nombre total d'enfants désiré par la cliente (9/13 soit 69% des cas), sur l'âge du dernier enfant (9/13 soit 69% des cas), sur la régularité du cycle de la femme (9/3 soit 69% des cas). Six clientes sur 13 ont bénéficié d'une question portant sur leur expérience antérieure en matière de contraception et 23% se sont intéressés à l'implication du conjoint. L'analyse par zone est analogue à celle des données globales.

b) Chez les anciennes clientes

Pour les anciennes, les prestataires ont exploré la survenue de problèmes liés à la méthode chez 7 clientes sur 18, soit 39% si elles ont eu des problèmes avec leur méthode. Ce chiffre paraît faible si l'on sait que cette question devrait être systématique. Pour ce qui concerne la prise en charge des problèmes, une seule cliente sur 13 a bénéficié d'une prise en charge plus ou moins adéquate par la conduite d'un examen pelvien et d'un traitement médical.

Graphique 6: Répartition des prestataires selon l'attitude face à une cliente allaitante désirant une contraception (n=43)



3.2. Répartition des prestataires selon le conseil qu'ils donneraient aux femmes allaitantes souhaitant utiliser une méthode contraceptive

En présence d'une cliente allaitante, les prestataires ont des attitudes diverses. Pour la majorité (30%), une telle cliente est traitée selon l'âge du nourrisson ; une deuxième catégorie de personnel (26%) lui recommanderait de continuer l'allaitement en utilisant une pilule progestative (graphique 6).

3.3. Examen pelvien

Au cours des consultations, l'examen pelvien a été observé dans 46 cas. Les nouvelles clientes ont été informées de la procédure de l'examen dans 5 cas sur 12 contre 7/34 pour les anciennes clientes. Aucun prestataire ne demande à la cliente, qu'elle soit ancienne ou nouvelle, de vider sa vessie avant de procéder à un examen pelvien. Sur six examens pelviens effectués en zone C, aucune procédure clinique standard n'a été suivie. Le lavage des mains avant l'examen pelvien n'est pas systématique ; en effet il n'a eu lieu qu'une fois sur 12 (8%) pour les nouvelles clientes et 5/34 (15%) pour les anciennes clientes. De façon générale, le spéculum est peu utilisé ; 4/12 (33%) chez les nouvelles contre seulement 3/34 (9%) chez les anciennes clientes. De même, tandis 83% des nouvelles clientes bénéficient d'un toucher vaginal avec du matériel adéquat, seulement 21% (7/34) des anciennes clientes en bénéficient. Sur les six examens pelviens effectués en zone C, aucun n'a été fait selon les procédures préconisées.

L'analyse des actes effectués révèle deux problèmes essentiels qui sont : a) le manque de matériel technique comme les spécula (aucune FS ne possède plus de cinq spécula comme le recommande les normes) ; b) une insuffisance des actes normaux à effectuer au cours d'un examen pelvien (les patientes ne sont pas invitées à vider systématiquement leur vessie avant les examens, ce qui rend difficile l'appréciation adéquate des organes pelviens au cours de l'examen).

3.4. Barrières médicales

a) Barrières liées aux examens biologiques

Malgré les recommandations relatives aux levées de restrictions d'ordre médical en matière de prescription des méthodes contraceptives, il apparaît que certains prestataires jugent encore nécessaire de prescrire un examen d'urine en quête d'albumine et de sucre dans 27% (11/41) de cas avant la prescription de la pilule et dans 20% de cas pour la méthode injectable (tableau 11). Selon le tableau ci-dessous, seul un prestataire sur 41 (2%) juge nécessaire de soumettre les candidates au DIU au frottis cervico-vaginal (FCV) ; de même, aucun prestataire ne cherche à savoir si la cliente pour DIU a une MST ou pas ; ces résultats montrent une insuffisance ou une méconnaissance des questions à poser à une cliente désirant un DIU. Aucun des prestataires n'ayant bénéficié d'une formation en Norplant®, personne n'a proposé de test préliminaire au recrutement de clientes.

Tableau 11 : Répartition des prestataires selon le test préalable jugé nécessaire à la prescription d'une méthode

	Examen d'urine	Examen de sang (taux d'hémoglobine)	Test de sang T. Emmel	Dépistage MST	FCV
Pilule	27%	2%	2%	7%	0%
Injectable	19%	2%	0%	7%	0%
Norplant®	0%	0%	0%	0%	0%
DIU	0%	0%	0%	0%	2%

b) *Barrières liées aux caractéristiques socio-démographiques de la cliente*

Cinq (5) types de barrières sont analysés à savoir, l'allaitement, le statut matrimonial, l'âge, le consentement du mari et la parité. La parité et le consentement du mari (47% et 21% respectivement) sont exigés pour ce qui concerne le DIU et les méthodes chirurgicales. Il faut noter qu'un certain nombre de prestataires demandent le consentement du mari pour la prescription de presque toutes les méthodes. Cette attitude suscite la question fondamentale de l'implication des hommes dans l'utilisation des services de SR.

Tableau 12 : Répartition des prestataires selon les types de restrictions

	Allaitement	Cliente mariée	Age (min ou max)	Consentement du mari	Parité
Pilule progestative	14%	17%	39%	26%	17%
Pilule combinée	46%	0%	37%	25%	17%
Condoms	0%	0%	28%	9%	0%
Spermicides	0%	0%	30%	18%	6%
Injectable	11%	6%	28%	23%	57%
Norplant®	0%	0%	28%	19%	33%
DIU	3%	10%	32%	21%	47%
Ligature des trompes	6%	28%	32%	41%	47%
Vasectomie	0%	31%	35%	41%	47%

4. Relations interpersonnelles

4.1. *Temps d'attente et durée de la consultation*

Avant d'être reçues, en général à tour de rôle et par ordre d'arrivée par les prestataires, les clientes sont accueillies dans une salle d'attente. Si une cliente attend trop longtemps avant d'être reçue, cela peut constituer un découragement et entraîner une baisse du taux de continuité et de la fréquentation des FS. L'attente a duré entre une demi-heure à une heure pour la majorité des clientes, soit 75% des cas. Si l'on estime que la fréquentation des FS est faible dans l'ensemble (13 nouvelles pour l'ensemble des 21 FS pour une durée de cinq (5) jours d'enquête par FS), ce temps paraît assez long. La forte proportion des clientes n'ayant pas attendu est liée à la faible fréquentation des FS, les clientes arrivant à compte gouttes et de ce fait il n'y a pas d'attente.

L'observation de la consultation PF (entretien et examen) a révélé que la durée moyenne de l'interaction avec les nouvelles clientes est de 28,5 mn contre 33 mn pour les anciennes clientes. Le standard de la durée de la consultation se situe entre 15 à 20 minutes. Ici, seulement 13% et 15% respectivement pour les nouvelles clientes et les anciennes clientes sont dans les normes. La majorité des anciennes subissent une consultation de plus de 30 mn. Cette question mérite d'être approfondie avec les prestataires pour en savoir les raisons.

4.2. *Intérêt des prestataires pour d'autres problèmes de santé de la cliente*

Pendant l'observation, l'enquêteur devrait noter tant pour la nouvelle cliente que pour l'ancienne, si le prestataire a posé d'autres questions relatives aux problèmes de santé de la cliente. Il s'agit entre autres de questions sur les MST/SIDA, sur la vaccination des enfants, du statut vaccinal de la cliente. Les résultats ont montré que pour les nouvelles clientes, aucune question de ce genre n'a été posée. Il n'est

guère tellement différent pour les anciennes clientes ; en effet, sur les 42 anciennes clientes, une seule a bénéficié d'une question sur le statut vaccinal des enfants. Ces résultats montrent une fois de plus la nécessité d'une prise en charge globale des client(e)s lors des prestations de services SR.

4.3. *Satisfaction des clientes*

La satisfaction des clientes a été étudiée par rapport à la clarté du langage utilisé par le prestataire, à l'appréciation par la cliente du temps qui lui a été consacré, à la satisfaction de la cliente vis à vis de l'information reçue. Ainsi, de manière générale les clientes se disent satisfaites ; en effet, 94% des clientes estiment qu'elles ont reçu l'information voulue, 83% pensent que le prestataire leur a consacré suffisamment de temps, 96% disent que le langage utilisé par le prestataire était facile à comprendre et enfin 83% des clientes mentionnent que le temps d'attente est raisonnable. Il n'y a pas de différence très remarquable entre les zones. Cependant, il est important de savoir que les 53 clientes ont été interviewées à la sortie des FS, ce qui constitue un biais considérable dont il faut tenir compte dans l'interprétation effective des résultats.

5. Mécanisme pour encourager la continuité et le suivi

Pour 92% des nouvelles clientes (11/12), la date de la prochaine visite leur a été précisée ; il en est de même pour le lieu d'approvisionnement qui est pour la quasi-totalité des FS ; 83% des anciennes clientes ont reçu un rendez-vous pour la prochaine visite. Aucune cliente n'a été référée aux agents DBC pour réapprovisionnement. Les agents DBC sont un relais important qui devrait soulager les FS et surtout les clientes. Les prestataires pourraient les utiliser pour le réapprovisionnement des clientes venant de leur aire d'action.

6. Organisation des services

L'organisation des services est appréciée sur trois (3) éléments à savoir, la disponibilité des services par semaine, les activités IEC et la diffusion des messages sur la PF.

6.1. *Disponibilité des services*

Le tableau 13 donne un résumé de la disponibilité en jours des services par semaine. Les services sont disponibles au moins cinq jours par semaine. Plus de la moitié des FS, soit 57%, offrent des services six à sept jours par semaine. La réalité est que les services sont effectivement offerts cinq jours ouvrables avec un système de garde pour les samedi et dimanche.

Tableau 13 : Disponibilité des services par nombre de jours par semaine et par zone

	Global (n=21)	Zone A +B (n=13)	Zone C+D (n=8)
5 jours	43%	62%	12%
6 à 7 jours	57%	38%	88%

6.2. *Activités IEC*

Huit FS sur les 21 concernées par l'étude ont eu à mener une causerie durant le séjour des enquêteurs ; 5 de ces 8 causeries ont porté sur la PF (en moyenne 0,08 causeries par jour pour toutes les FS, ou 0,05 causeries sur la PF par jour). Ceci dénote de la carence des activités IEC à l'intention des clients. Les autres thèmes touchant à la santé de la reproduction n'ont pas fait l'objet de causerie durant la

même période. Nul doute que la qualité de l'information donnée aux clients augmente leur connaissance et leur intérêt vis à vis des services de santé. Ces activités devraient être encouragées et multipliées.

6.3. Diffusion des messages sur la PF

Dans le cadre de l'intégration des services de SR, les messages sur la PF doivent non seulement s'adresser aux clientes PF mais aussi aux clientes SMI. Les supports de communication utilisés le plus souvent sont les affiches, les dépliants, les causeries et parfois des informations pendant la consultation.

Aux clientes SMI, il a été demandé si elles ont vu ou entendu un message sur la PF au sein de la FS. Sur 324 clientes, 75 soit 23% ont répondu par l'affirmative et 75% par la négative. Aucune personne ne déclare avoir vu un modèle anatomique, ce qui est en corrélation avec l'indisponibilité constatée pendant l'inventaire dans toutes les FS. De plus l'observation de l'interaction cliente/prestataire a révélé qu'aucun matériel IEC n'est utilisé pendant les prestations.

D. AUTRES QUESTIONS RELATIVES A LA SR

1. Excision

L'excision est un phénomène qui prévaut dans la zone du LSC. L'enquête de base menée en 1996 avait révélé une prévalence de 79% sur la population des femmes âgées de 12 à 49 ans. Aussi avons-nous inclus des questions relatives à l'excision dans cette mini-analyse situationnelle. Cependant, il est important de relever qu'il y a des villages dans la zone où l'excision n'est pas pratiquée. Il s'agit d'un sous groupe de Mossi qu'on appelle les « *Sicomsé* ».

1.1. Prévalence

La prévalence parmi les clientes de SMI est de 81% contre 73% chez les clientes venues pour PF. Respectivement, 60% des clientes PF et 58% des clientes SMI ont affirmé que l'excision est pratiquée dans leur famille. A quel moment cela se fait-il ? L'âge minimal est d'un an et l'âge maximal est de 17 ans. Cependant on note une proportion non moins importante de clientes qui disent, « *A tout âge* » ou encore « *pas d'âge* ».

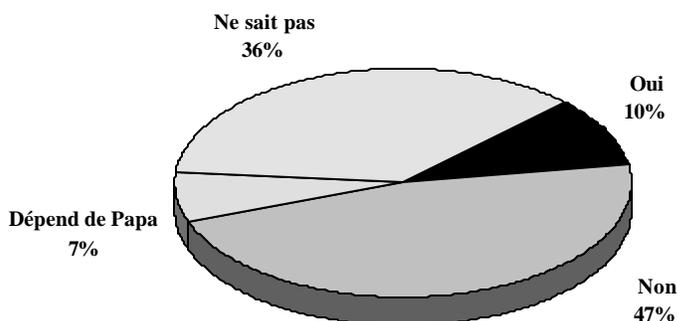
1.2. Connaissances, attitudes et pratiques des clientes en matière d'excision

Quant à l'approbation ou non de la pratique de l'excision, 26% des clientes PF et 27% des clientes SMI répondent par l'affirmative. Est-ce lié au fait que l'interview se passe au sein des FS ou est-ce une prise de conscience des clientes fréquentant les FS ? L'enquête au niveau communautaire donne une approbation d'environ 50%.

Huit pour cent (8%) des 323 clientes SMI ayant au moins une fille disent qu'elles sont elles-mêmes excisées. Cependant à la question de savoir si elles ont l'intention d'exciser leur fille un jour, les réponses sont diverses et fonction du type de client: les clientes PF sont nombreuses à avoir l'intention de ne pas exciser leurs filles à

l'avenir, 72% contre 47%. En revanche, les clientes SMI sont nombreuses aussi à ne pas savoir. Cette réponse cache peut être une intention de faire exciser leurs petites filles plus tard (graphique 7). Il faut noter que 10% des clientes SMI et 18% des clientes PF affirment continuer à pratiquer l'excision. Ces chiffres ne sont que le sommet de l'iceberg car elles sont nombreuses à vouloir le faire mais préfèrent donner une réponse mitigée comme « *je ne sais pas* »

Graphique 7: Intentions d'excision ou non des filles à l'avenir parmi les clientes SMI (n: ...)



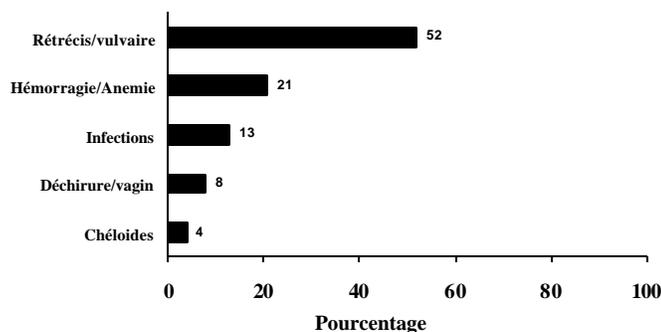
1.3. Activités en matière de lutte contre la pratique de l'excision selon les prestataires

Soixante dix neuf pour cent (79%) affirment mener des activités en matière de lutte contre la pratique de l'excision au sein de leur formations sanitaires respectives. Ces activités se constituent de causeries à l'intention des clientes. Ceux qui ne mènent pas d'activités dans ce sens sont disposés à en intégrer dans le paquet de services offert aux clientes. Cette opportunité devrait être effectivement exploitée pour intégrer des activités de soutien en matière de lutte contre la pratique de l'excision dans les FS. Cependant force de reconnaître qu'il existe un hiatus entre ce que les prestataires disent et ce qu'ils font ; en effet, durant les cinq jours passés par FS, une seule causerie portant sur l'excision a été observée.

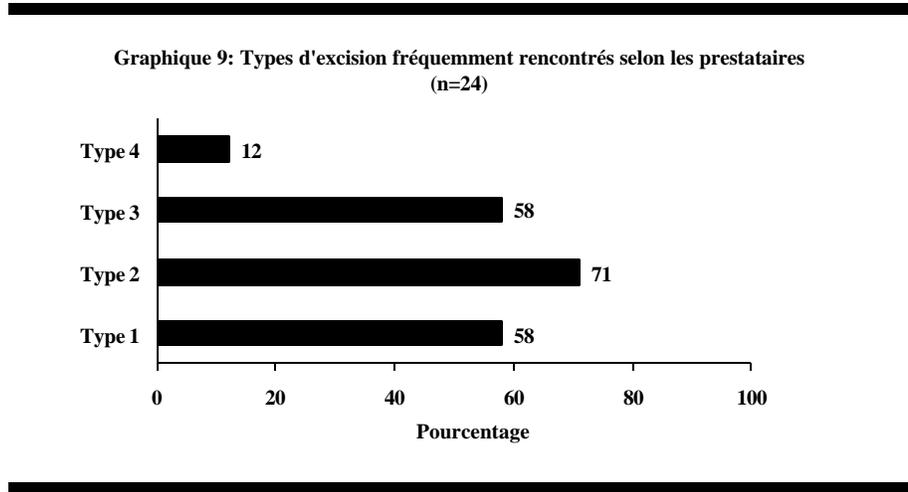
Un nombre non moins important de prestataires, 57% reçoivent des complications liées à l'excision. Parmi ces complications, le

rétrécissement de l'orifice vulvaire est le plus fréquemment rencontré, 52% des prestataires ; puis suivent les hémorragies/anémies et les infections (graphique 8).

Graphique 8: Complications liées à l'excision et rencontrées par les prestataires



Selon les prestataires, les types d'excision fréquemment rencontrés sont surtout le type 2 suivi du type 1 et 3 (graphique 9). Le type 4 se rencontre par 12% des prestataires. Une étude sur la typologie de l'excision pourrait aider à mieux connaître le type d'excision prévalent dans la zone, de même que les types de complications y afférentes.



2. Demande de soins post abortum et expérience des clientes

2.1. *Appréciation de l'ampleur de la demande des services de soins post abortum selon les prestataires*

Plus de la moitié des prestataires, soit 76%, affirment recevoir des patientes ayant eu des avortements provoqués. De même, 63% des prestataires estiment qu'en dehors des méthodes de PF reconnues par le MS, certaines femmes utilisent l'avortement provoqué comme méthode de régulation de la fécondité. Dans le même ordre d'idée, 81% des prestataires mentionnent que des femmes viennent demander des conseils pour mettre un terme à une grossesse non désirée. Toutes ces constatations expriment l'existence du problème et une étude approfondie pourrait aider à mieux connaître l'ampleur du problème.

2.2. *Expérience des clientes en matière d'avortement*

a) *Clientes PF*

Sur les 52 clientes de PF, 51 avaient déjà eu une grossesse. Sur ces 51 femmes, 12 avaient fait l'expérience d'une grossesse non désirée. Une raison pour laquelle la grossesse était non désirée prévaut : essentiellement à savoir « *l'enfant était en bas âge* » ; cette raison exprime un besoin d'utilisation des méthodes contraceptives pour espacer les naissances. Parmi les 11 clientes ayant eu une grossesse non désirée, aucune n'a tenté d'y mettre un terme.

b) *Clientes SMI*

Parmi les 324 clientes SMI, 320 d'entre eux, soit 98% avaient déjà eu une grossesse. Quarante neuf d'entre elles, soit 15% ont fait l'expérience d'une grossesse non désirée. Parmi les raisons évoquées pour qualifier les grossesses de non désirées, le graphique 10 les répertorie.

Comme chez les clientes PF, la raison prédominante est que « *l'enfant est en bas âge* ». Puis viennent les raisons économiques, les raisons de santé et les raisons sociales. Ces besoins sont l'expression d'un besoin en contraceptifs non satisfait.

Aucune des femmes n'a tenté de mettre fin à sa grossesse. Cette constatation se rencontre aussi chez les clientes PF. Ces constatations

contrastent avec celles des prestataires qui affirment en majorité (81%), que les femmes viennent demander des interruptions de grossesses non désirées. Est-ce un biais lié au lieu de l'interview ? Cependant, l'AS nationale montre que sur 136 femmes ayant eu déjà une grossesse non désirée, 11% d'entre elles avaient tenté de mettre un terme à leur grossesse dont 7% avec succès⁶. Ces données contradictoires nécessitent un approfondissement de la question par une recherche qualitative et une documentation des cas au sein des FS.

3. MST/SIDA

3.1. Disponibilité d'un laboratoire pour le dépistage des MST

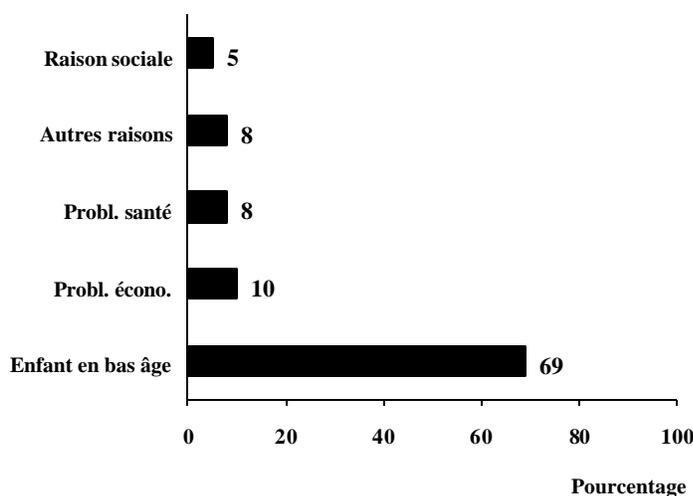
Seulement trois FS sur 21 disposent de laboratoire susceptible de faire des tests sur les MST/SIDA. Il s'agit des trois Centres médicaux (CM) à savoir Kombissiri, Tanghin-Dassouri et Saponé. Les tests effectivement disponibles concernent la syphilis dans les trois (3) CM, le dépistage de la gonococcie dans une seule FS et le dépistage du SIDA dans deux FS. Les autres MST ne peuvent pas y être diagnostiqués. Pour ce qui concerne le SIDA, la dotation d'un laboratoire de diagnostic impose la formation du personnel pour annoncer les résultats et assurer le counseling et la prise en charge.

A la question de savoir quels sont les services fournis aux clients dans leur FS, des prestataires ont mentionné des aspects relatifs aux MST/SIDA : IEC/SIDA (63% des cas), les tests du SIDA (2% des prestataires ou 1/43), counseling MST autres que VIH (65%), le diagnostic du SIDA (12%) et le diagnostic des autres MST (77%). Pour le cas du traitement et le diagnostic, il s'agit de diagnostic syndromique avec traitement sans examens de laboratoire.

3.2. Disponibilité du matériel IEC évoquant les MST/SIDA et des produits pour le

6 Ministère de la Santé, Direction de la Santé de la Famille, Population Council, *Deuxième Analyse Situationnelle du Programme de Planification Familiale au Burkina Faso*, 1998.

Graphique 10: Raisons des grossesses non désirées selon les clientes SMI ayant déjà eu une grossesse non désirée (n=48)



traitement

Quarante huit pour cent (48%) des 21 FS disposent de matériel IEC évoquant les MST/SIDA. Ces FS sont surtout dans la zone A et B. Quant aux produits, seulement 57% des FS disposent d'au moins un produit pour le traitement des MST courantes. Il s'agit de la Benzathine Penicilline, de la Doxycycline, de l'Erythrocline, du Méthronidazole ou de la Nystatine. Si les malades sont référés dans les FS, surtout dans la zone B où travaillent les agents DBC alors qu'il n'existe pas de produits pour le traitement, la prévalence des MST risque de ne pas baisser.

3.3. Connaissance et compétence des prestataires en matière de MST/SIDA

Sur 13 observations de l'interaction nouvelles clientes et prestataires effectuées, seulement deux prestataires ont mentionné le condom comme moyen de protection contre les MST/SIDA en plus de son effet contraceptif. A l'étape actuelle de la pandémie du SIDA, cela devrait être systématique.

A l'anamnèse de ces 13 clientes, un seul prestataire a cherché à savoir si la cliente avait des leucorrhées inhabituelles, 7 prestataires ont voulu savoir si la cliente avait des douleurs pelviennes ; quant aux questions directes de savoir si la cliente a eu ou a actuellement des symptômes de MST, seulement trois (3) sur les 13 ont eu à répondre à une telle question. Quant aux anciennes clientes au nombre de 42, aucun prestataire n'a posé de questions sus-mentionnées. En matière de contraception, ces types de questions devraient être systématiques, ce qui permettrait de traiter la cliente et son partenaire en cas de besoin, d'orienter le choix de la cliente vers une méthode appropriée.

Cinquante cinq pour cent (55%) des prestataires enquêtés déclarent avoir reçu une formation en counseling MST/SIDA et 39% disent avoir été formés sur le plan clinique. Ces résultats montent encore un hiatus entre la formation reçue et l'application pratique de ce que l'on a appris au cours de la formation, ce qui suggère la mise en place d'un programme de suivi des différentes formations dispensées au niveau national.

3.4. Attitudes et pratiques des prestataires en matière de MST/SIDA

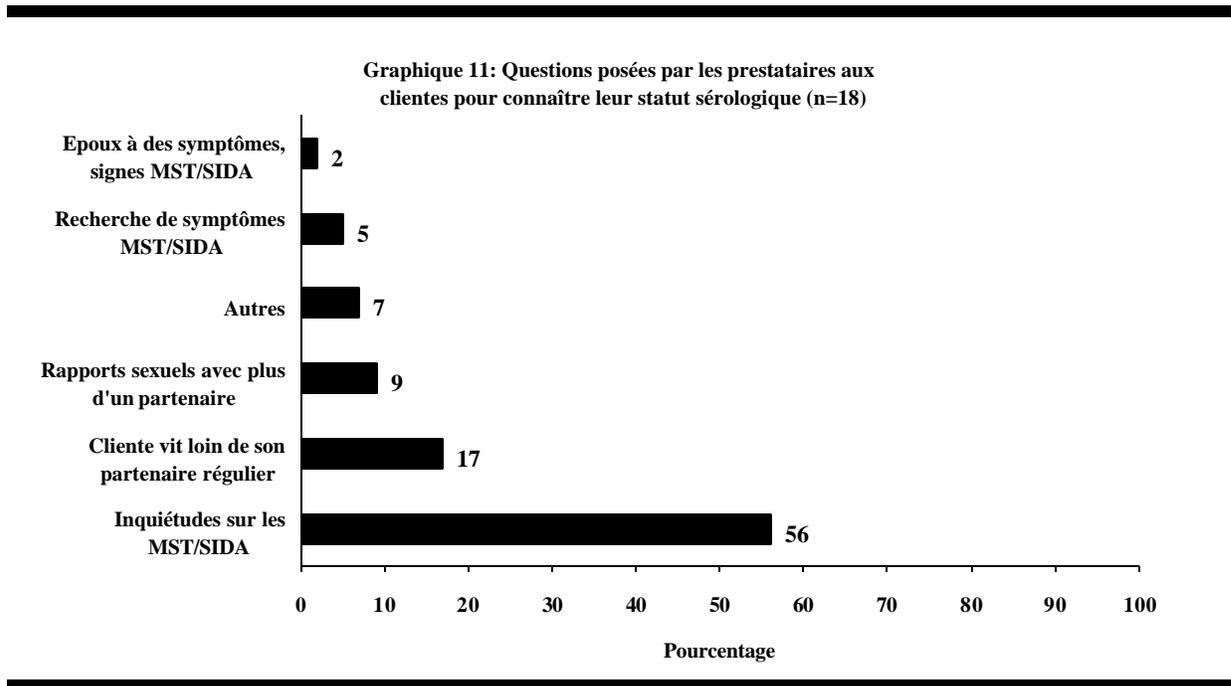
La question suivante a été posée aux prestataires : «*Que pensez-vous que les gens peuvent faire pour éviter le SIDA ?* ». Par ordre d'importance on distingue : *i) utilisation du condom (98%) ; ii) limitation du nombre de partenaires (60%) et iii) le choix d'un partenaire sain (7%)*. Si chez les prestataires c'est le port du condom qui est le moyen de protection préconisé, chez les clients c'est le changement de comportement, notamment la fidélité, qui est mentionnée.

Pour réduire la probabilité de transmission du SIDA dans les pratiques quotidiennes, les prestataires observent les faits et gestes suivants : *i) l'utilisation d'équipement chirurgical stérile (84%), ii) l'utilisation de seringues à usage unique (74% des cas) et enfin ; iii) l'utilisation de sang testé en cas de transfusion*. Il est à remarquer que ces précautions concernent la protection de la cliente alors que le personnel de santé constitue aussi des sujets à risques. Des précautions doivent être préconisées aussi à leur niveau dans le cadre de la prévention globale des infections y compris le SIDA.

La majorité des prestataires, 81%, dispenserait sans arrière pensée des services de PF aux clientes porteuses de VIH. De même 98% des prestataires sont disposés à donner des informations et du

counseling aux clients atteints de VIH/SIDA. Ces résultats sont l'expression une fois de plus d'un besoin de formation pour les prestataires.

A la question de savoir quelles sont les méthodes de planification familiale qui protègent du SIDA, 100% des prestataires ont mentionné le condom. En dehors des spermicides qui sont mentionnés dans 12% des cas, aucune autre méthode n'a été mentionnée.

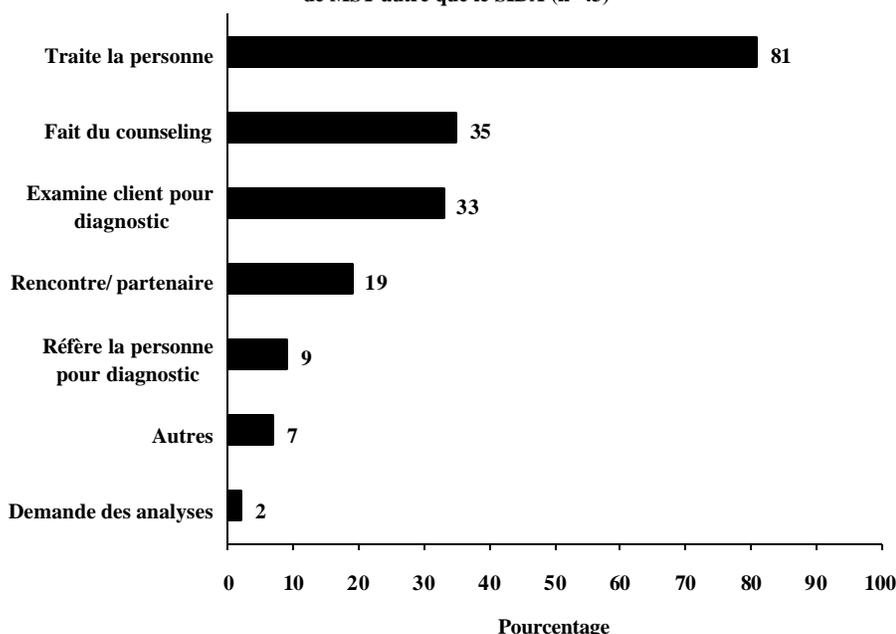


Dix huit (18) prestataires sur 43, soit 42% ont affirmé poser des questions de nature à permettre aux clientes de connaître leur statut sérologique. Ces questions sont résumées dans le graphique 11. Ce sont surtout les signes fonctionnels recueillis à l'interrogatoire que les prestataires recherchent ; il s'agit des inquiétudes de la cliente et de la vie des couples.

Si un client est suspecté de porter une MST, la plupart des prestataires, 81%, préfèrent le traiter sur la base d'un diagnostic syndromique dans la mesure où les FS n'ont pas de laboratoire (graphique 12). Une MST devrait se traiter à deux, c'est à dire avec le partenaire. Le traitement devrait aussi s'accompagner d'un counseling. Cependant une proportion de 35% des prestataires offrent du counseling aux clients et très peu, 19%, demandent à rencontrer le (les) partenaire (s). Une formation/recyclage est nécessaire pour la prise en charge des MST.

Devant un client suspecté de VIH/SIDA, l'attitude du prestataire est variable. Plus de moitié, soit 56% font du counseling. Ils sont peu nombreux, 9% à demander un test sérologique de confirmation. Le conseil d'utiliser des préservatifs est aussi peu courant, 28%. Quant à rencontrer le partenaire, seulement 2% des prestataires le font. Ces observations sont certainement liées au

Graphique 12: Attitudes des prestataires devant un client suspect de MST autre que le SIDA (n=43)



fait que les prestataires ne sont pas formés à la prise en charge des cas de SIDA et à annoncer les résultats sérologiques et assurer le counseling aux personnes affectées (tableau 14).

Tableau 14 : Attitudes des prestataires devant un client suspect de SIDA

Attitudes	% de prestataires (n=43)
Fait un test sérologique	9%
Réfère le client pour un test sérologique	9%
Donne des préservatifs	28%
Réfère la personne pour traitement des complications	19%
Fait du counseling	56%
Réfère la cliente pour counseling	7%
Demande à rencontrer le partenaire	2%
Autres	7%

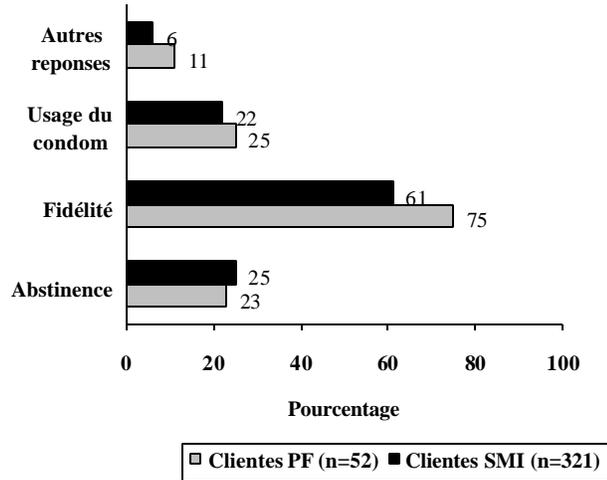
3.5. Connaissances et attitudes des clientes en matière de MST/SIDA

Toutes les clientes venues pour PF (52) et pour SMI (324) ont déjà entendu parler du SIDA. Cependant 52% des clientes PF et 24% des clientes SMI en ont entendu parler dans la FS. Très peu d'entre elles, seulement 5% et 8% respectivement pour les clientes PF et SMI disent ne pas être gênées d'en parler avec le personnel de santé. Malgré les campagnes de sensibilisation et l'approche ouverte adoptée en matière de lutte contre le SIDA, il s'avère qu'en parler demeure encore gênant. Une recherche qualitative serait peut-être utile pour identifier la manière la plus appropriée d'approcher la population en matière de lutte contre le SIDA.

Quant aux connaissances, elles sont meilleures. En effet, la majorité des clientes, 79% des femmes venues pour PF et 81% des clientes SMI savent que le SIDA se transmet par les rapports sexuels. La contamination par les produits sanguins et de la mère à l'enfant est encore peu connue. Il existe encore des personnes fréquentant les FS qui ne savent pas comment se transmet le SIDA (10%

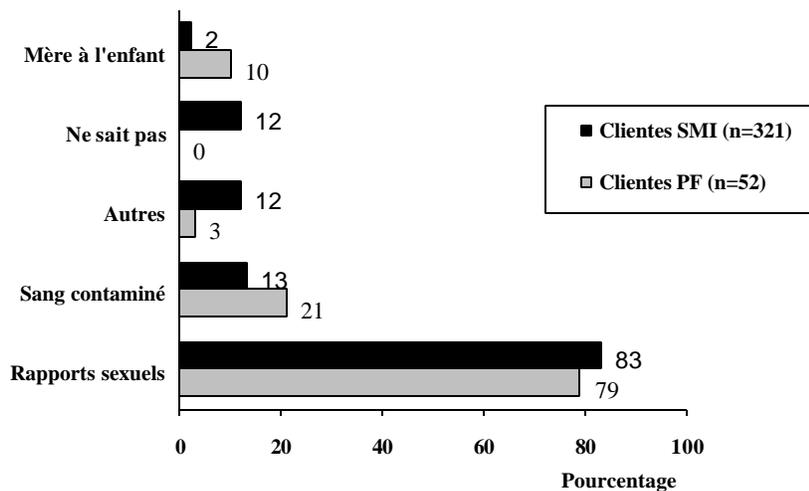
des clientes SMI). Le personnel de santé devrait intégrer les activités et parler régulièrement du SIDA et des MST à toutes les clientes.

Graphique 13: Connaissances des moyens de prévention du SIDA selon les clientes de PF et de SMI



Comment évite-t-on le SIDA ? Les réponses obtenues sont notées selon les clientes SMI et PF dans le graphique 14. Il ressort que c'est le changement de comportement, notamment la fidélité qui est prônée, que ce soit les clientes SMI ou celles de PF : 75% des clientes PF et 61% des clientes SMI. L'utilisation du condom comme moyen de protection contre le SIDA est citée par le ¼ des clients. Comme mentionné plus haut, une étude qualitative en milieu communautaire s'avère nécessaire pour mieux cerner les moyens de lutte appropriés.

Graphique 14: Modes de transmission du SIDA cités par les clientes SMI et PF



4. Maternité sans risque et survie de l'enfant

4.1. Disponibilité d'oligo-éléments et de matériel IEC

Le lait/huile/sucre mélangé n'est disponible dans aucune FS ; cependant 90% des FS disposent de SRO et d'iode, et seulement 13 FS sur 21, soit 62% disposent de fer. La vitamine A n'est disponible que dans 6 FS (29%).

Quant à la disponibilité du matériel IEC portant sur le paludisme et la diarrhée, 62% et 71% en possèdent respectivement. Par contre, le matériel évoquant les signes d'un accouchement difficile n'est disponible dans aucune FS.

4.2. Allaitement maternel

Seule une FS possède des directives en matière d'allaitement maternel par écrit avec un personnel formé. Autour des FS il n'existe pas de groupe de soutien aux mères.

Cinquante quatre pour cent (54%) des clientes PF allaitaient au sein au moment de l'enquête ; 89% d'entre elles ont donné le colostrum à leur enfant. Les mêmes proportions sont observées chez les clientes SMI. Le type d'allaitement pratiqué est l'allaitement au sein. Cependant il faut ajouter qu'en zone rurale, le gavage existe et entache la qualité de la conduite de l'allaitement avec des malnutritions sévères à la longue.

4.3. Vaccination

La plupart des FS en dehors de deux possède les vaccins inscrits dans le Programme Elargi de Vaccination. La proportion de DTCP paraît faible du fait qu'actuellement DTC avec polio oral peut remplacer le DTCP.

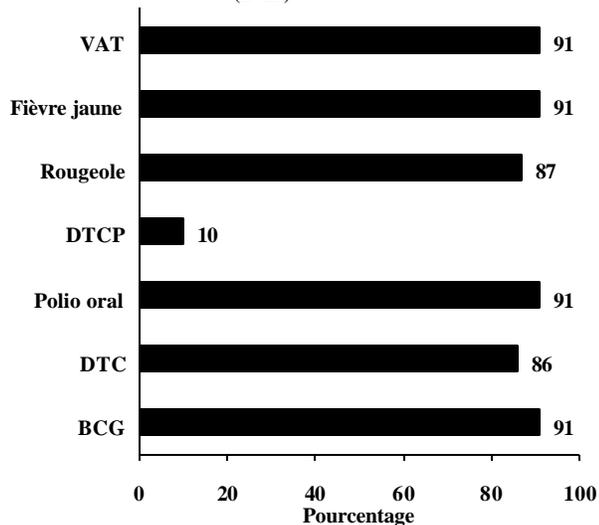
4.4. Compétences des prestataires pour les consultations prénatales et la diarrhée

Les données ont été recueillies au cours d'observations de consultations prénatales (CPN) et pour mieux apprécier les

compétences des prestataires, nous avons considéré les toutes premières consultations prénatales qui sont au nombre de 70.

En vue d'avoir des connaissances sur l'état physique des clientes pour une prestation de bonne qualité, plusieurs gestes et questions ont été posés par les prestataires des différentes formations sanitaires.

Graphique 15: Disponibilité des vaccins dans les FS (n=21)



Parmi les questions ou gestes, l'examen des muqueuses et conjonctives apparaît comme étant l'acte le plus posé pendant les consultations (pour 99% des consultations réalisées). Viennent ensuite l'écoute des bruits du coeur foetal (88%), la recherche des oedèmes des membres inférieurs (pour 87%), la mesure de la taille de la cliente (pour 86 %); puis la prise de la tension artérielle et la recherche des varices avec respectivement un pourcentage égal de 83% des consultations réalisées.

Les actes les moins posés par les prestataires lors des consultations prénatales sont: demander à la femme de vider sa vessie (pour 39% des 70 consultations prénatales), la recherche des varices (pour 23 %), la livraison des résultats de l'examen à la cliente (pour 21%), l'examen de la vulve (pour 4 %) - tableau 15. Certains gestes ne sont cependant pas posés dans l'ensemble des formations sanitaires, comme l'indiquent les résultats de l'enquête. Ce sont :la prise de poids, l'examen mammaire, la mesure de la hauteur utérine, le toucher vaginal et l'appréciation des leucorrhées.

Tableau 15 : Gestes posés par les prestataires pendant les consultations prénatales

Gestes	Pourcentages (n=70)
Prise du poids	0%
Demander à la femme de vider sa vessie	39%
Prise de la tension artérielle	83%
Mesure de la taille de la cliente	86%
Examen des muqueuses et conjonctives	99%
Recherche des oedèmes des membres inférieurs	87%
Recherche des varices	23%
Examen mammaire	0%
Examen de l'abdomen	83%
Mesure de la hauteur utérine	0%
Auscultation des bruits du coeur foetal	88%
Examen de la vulve	4%
Toucher vaginal	0%
Appréciation des leucorrhées	0%
Communication des résultats de l'examen à la cliente	21%

Dans les formations sanitaires l'on peut apprécier aussi , les actions des prestataires vis à vis des produits prescrits lors des consultations prénatales. C'est ainsi que pour celles dont c'est la première visite à la FS (au nombre de 70), la chloroquine leur est prescrite systématiquement comme le recommandent les normes et standards et aussi du fait que le Burkina est dans une zone d'endémie palustre (tableau 16). La prescription des comprimés de fer a concerné 91% des consultations prénatales de toutes les FS ayant fait l'objet d'enquêtes. Outre les produits qui sont prescrits, certaines pratiques ont aussi été observées de la part des prestataires pour la plupart de ces clientes: c'est le cas du VAT et des conseils sur l'hygiène de la grossesse qui ont respectivement concerné 63% et 49 % des consultations prénatales.

Tableau 16: Produits prescrits par les prestataires aux femmes enceintes après les premières consultations prénatales

Produits	Pourcentages (n=70)
Comprimés de fer	91%
Chloroquine	100%
Conseils sur l'hygiène de la grossesse	49%
VAT	63%

Au cours des consultations des cas de diarrhée, un assez grand nombre de questions ont été abordées par le prestataire ou spontanément par la cliente. Parmi celles-ci, la question relative au nombre de selles a été systématiquement abordée pendant toutes les 17 consultations. D'autres questions non moins importantes, concernant l'aspect des selles, l'âge de l'enfant, ou la possession par la mère du carnet ou de la fiche de santé de l'enfant ont été respectivement évoquées pour 94% des consultations prénatales observées. Viennent ensuite les questions relatives à la présence de sang dans les selles (pour 82% des 17 consultations), la qualité de l'alimentation et de la boisson de l'enfant (pour 59 %), les traitements à domicile (tisane, décoctions) pour 53% - tableau 17. Selon les mêmes résultats, les questions faiblement abordées ont trait à l'allaitement maternel (35%), au statut vaccinal de l'enfant et aux antécédents familiaux (respectivement 23%), aux antécédents médicaux (18%), et au sevrage (12%). Dans l'ensemble, la question sur les antécédents chirurgicaux n'a point été abordée.

Tableau 17 : Questions abordées par les prestataires pendant les consultations pour diarrhée

Questions/thèmes	Pourcentages (n=17)
Alimentation et boisson de l'enfant	59%
Allaitement maternel	35%
Sevrage	12%
Nombre de selles	100%
Aspect des selles	94%
Présence de sang dans les selles	82%
Traitements à domicile (tisanes, décoction..)	53%
Statut vaccinal de l'enfant	23%
Possession de la mère du carnet/fiche de santé de l'enfant	94%
Age de l'enfant	94%
Antécédents familiaux	23%
Antécédents médicaux	18%
Antécédents chirurgicaux	0%

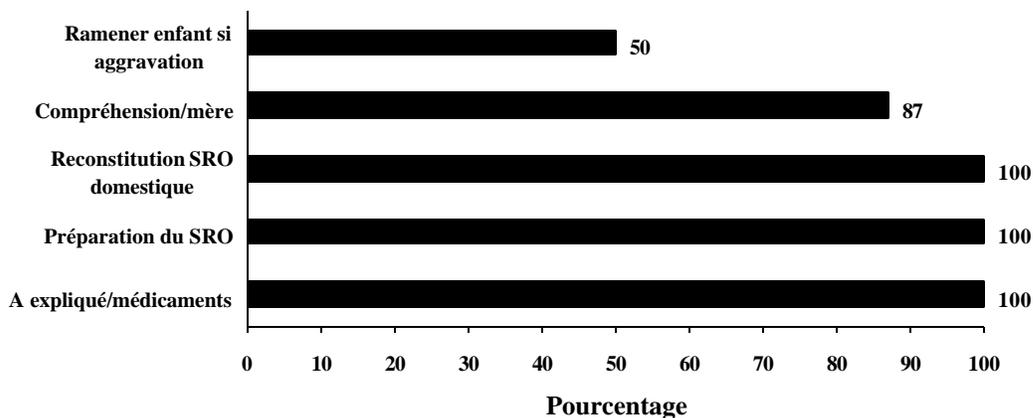
Au cours des consultations curatives de diarrhée, les prestataires des FS ont effectué un certain nombre de gestes que l'on peut, selon leur fréquence, classer de la manière suivante (tableau 18). L'on remarque que la prise de température est le geste le plus effectué par les prestataires, 88% des consultations effectuées, suivi de l'appréciation du pli cutané (53%), de l'appréciation du degré de déshydratation (47%). D'autres gestes observés sont l'examen des muqueuses et conjonctives (41%), la prise de la taille et l'information de la mère des résultats de l'examen (respectivement 29%). Parmi les gestes les moins effectués au cours des mêmes consultations (curatives diarrhée), il y a l'appréciation de la dépression de la fontanelle (23%), l'examen des selles (12%), la prise de la taille et celle du pouls (respectivement pour 6% des consultations effectuées).

Tableau 18 : Gestes effectués par les prestataires pendant les consultations pour diarrhée

Actes effectués	Pourcentages (n=17)
Prise du poids	29%
Prise de la taille	6%
Prise de la température	88%
Prise du pouls	6%
Examen des muqueuses et conjonctives	41%
Appréciation du degré de déshydratation	47%
Appréciation du pli cutané	53%
Appréciation de la dépression de la fontanelle	23%
Examen des selles	12%
Information de la mère sur les résultats de l'examen	29%

Certains actes devraient être systématiquement posés par le personnel des FS, comme l'exprime le graphique 17. C'est le cas de la démonstration de la reconstitution du SRO ou solution domestique, de l'explication de l'administration des médicaments et de la préparation du SRO (actes posés pendant toutes les consultations curatives de diarrhée). Aussi, pour 87% des prestations, le personnel a posé des questions pour vérifier si la mère a compris, et pour seulement 50% , il a recommandé à la mère de ramener l'enfant en cas d'aggravation.

Graphique 17: Geste du personnel de santé lors des consultations SMI sur diarrhée (n=17)



IV. RECOMMANDATIONS OPERATIONNELLES

Cette étude a permis de collecter des données de base qui vont permettre de faire le monitoring des activités au niveau des FS. Elle a également fourni des indicateurs de base et permis d'obtenir des données relatives aux autres aspects de la santé de la reproduction tant au niveau des FS qu'au niveau des clientes. Les conclusions, les recommandations seront soumises à Frontières, le nouveau programme de Recherche Opérationnelle pour le développement de propositions de recherche.

Conclusion 1 : L'IEC est un élément fondamental dans les prestations de services de SR. Cependant force est de reconnaître que c'est un aspect qui pêche par défaut selon les résultats de cette étude. Les causeries ne sont pas systématiquement menées à l'intention des clientes, de même les informations passées aux clientes sont sélectives et portent sur le mode d'utilisation, le matériel IEC n'est pas toujours utilisé pour appuyer les informations données aux clientes.

Recommandation 1 :

- Mener les causeries systématiquement pour les clientes car les causeries sont très peu conduites du cours des cinq jours de l'équipe d'enquête sur les sites.
- Constituer un échantillon spécifique de contraceptifs pour les démonstrations.
- Equiper les FS en matériel IEC et former le personnel à l'utilisation de ce matériel.
- Afficher les affiches car disponibles mais non affichées.

Conclusion 2: Le personnel de santé se focalise sur la PF pendant les consultations de PF en occultant les autres aspects de santé de la reproduction ; l'étude révèle un besoin ressenti de formation recyclage surtout sur les aspects relatifs à la santé de la reproduction (MST/SIDA, PF, excision) et la gestion des maladies diarrhéiques. En effet, l'observation de l'interaction cliente/prestataire montre que le pli cutané n'est pas systématiquement recherché. La prévention des infections a été aussi une des faiblesses observées directement par l'équipe de recherche. Parmi les clientes fréquentant les FS, il en existe encore qui ne savent pas comment se transmet le SIDA

Recommandation 2 :

- Former le personnel en prévention des infections qui est un besoin vécu dans toutes les FS.
- Intégrer les services de santé de la reproduction dans les prestations de services et parler régulièrement des MST/SIDA, excision, survie de l'enfant, maternité à moindre risque.

Conclusion 3: La promotion de l'utilisation du condom demeure un des moyens de lutte et de prévention du SIDA. Les clientes ne le citent que dans ¼ des cas. Ces clientes ne constituent que le sommet de l'iceberg par rapport à la population générale.

Recommandation 3 :

- Mener une étude participative sur le SIDA dans le but d'identifier les moyens de lutte et de prise en charge appropriés en milieu rural.

Conclusion 4 : L'analyse des données a révélé des problèmes de plusieurs ordres en terme

d'équipement dont le plus important demeure le matériel technique pour les prestations de services ; par exemple aucune FS ne dispose de plus de cinq spécula comme le recommandent les normes et standards.

Recommandation 4 :

- Equiper les formations sanitaires en matériel technique, ce qui augmenterait la qualité des services.

Conclusion 5 : Il y a des éléments qui ont été constatés et qui portent essentiellement sur une zone spécifique. Les recommandations portent sur ces aspects et par zone. Ces constats ont été notés par observations directes de l'équipe de recherche durant les cinq jours passés au sein de chaque FS.

Recommandations 5 :

pour la zone A

- Intégrer les services SMI/PF car la CPN s'y déroule une fois par semaine seulement.
- Consacrer plus de temps aux anciennes clientes de PF et pas seulement se limiter à « *Combien de plaquettes tu veux?* ».
- Mettre en place un système de documentation des références.

pour la zone B

- Affecter un médecin au Centre Médical de Tanghin-Dassouri.
- Favoriser la supervision formative.
- Organiser un recyclage pour le personnel de santé.